

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Šárka Nechvapilová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

POTŘEBY A PROŽITKY ŽENY V TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

PLZEŇ 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

Šárka Nechvapilová

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nechvapilová Šárka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Potřeby a prožitky ženy v těhotenství

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: psychologie ženy, těhotenství, psychologie těhotenství, potřeby, prožitky, porodní asistentka

Souhrn:

Tato bakalářská práce pojednává o potřebách a prožitcích ženy v celém průběhu těhotenství. Tato práce je rozčleněna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje praxi porodních asistentek, nadále obsahuje obecné informace o psychologii těhotenství a emocích ženy v jednotlivých trimestrech těhotenství. Zároveň informuje o významu prenatální komunikace, předkládá možné náročné situace v těhotenství a vysvětluje psychologii muže v průběhu těhotenství.

Praktická část zahrnuje kvalitativní výzkum zaměřený na proměny v prožitcích a potřeb ve všech trimestrech těhotenství ženy z jejího pohledu.

Abstract

Surname and name: Nechvapilová Šárka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Needs and experiences of woman during pregnancy

Consultant: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 35

Keywords: woman psychology, pregnancy, psychology during pregnancy, needs, experiences, midwife

Summary:

This Bachelor thesis concerns with needs and emotional feelings of a woman during pregnancy. The thesis is divided into theoretical and practical part. In theoretical part of the thesis, practice of midwives, general pregnancy psychology and emotions of a woman present during each of the trimesters of pregnancy are described. The importance of prenatal communication, possible difficult situations that can occur during pregnancy are also present in the theoretical part and psychology of a man during his wife's pregnancy is mentioned.

In the practical part of the thesis, quality research focused on changes in pregnant woman's feelings along with needs during each trimester from pregnant woman's perspective is contained.

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Hendrych Lorenzové za vedení této práce a cenné připomínky. Taktéž patří mé poděkování respondentce Lence za ochotu, kterou prokázala během rozhovorů.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ.....	9
SEZNAM ZKRATEK.....	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY	13
1.1 Definice profese porodní asistentky	13
1.2 Kompetence porodní asistentky.....	14
1.3 Péče porodní asistentky o psychiku	15
1.3.1 Psychofyzická příprava na porod	15
1.4 Multidisciplinární spolupráce porodní asistentky.....	16
1.5 Vzdělání porodní asistentky	17
2 PSYCHOLOGIE ŽENY	18
2.1 Biologické, psychické a sociální pohlaví	18
2.1.1 Biologické pohlaví.....	18
2.1.2 Psychické pohlaví	19
2.1.3 Kulturní a sociální pohlaví.....	19
2.2 Stereotyp ženské role	20
2.3 Hlavní mezníky v životě ženy	20
3 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ.....	21
3.1 Aspekty ovlivňující psychiku ženy v těhotenství.....	21
3.1.1 Hormonální a somatické aspekty.....	21
3.1.2 Psychosociální aspekty	22
3.2 Adaptace na roli matky	23
3.3 Psychika ženy v I. trimestru těhotenství	23
3.4 Psychika ženy v II. trimestru těhotenství	24
3.5 Psychika ženy v III. trimestru těhotenství.....	24
3.6 Těhotenství jako životní krize	25
4 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE.....	27
4.1 Vývoj smyslového vnímání plodu	27
4.2 Prenatální komunikace	28
4.3 Metody prenatální komunikace	29
5 NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE V TĚHOTENSTVÍ.....	30
5.1 Věk jako faktor ovlivňující prožívání těhotenství	30
5.2 Chtěné či nechtěné těhotenství jako faktor ovlivňující těhotenství.....	30
5.3 Vliv stresu ženy na vývoj dítěte	31

5.4	Úzkost v těhotenství.....	31
5.5	Deprese v těhotenství.....	32
6	PSYCHIKA MUŽE V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ.....	33
6.1	Role otce.....	33
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
7	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	35
7.1	Formulace problému a stanovení cíle	35
7.2	Cíl výzkumu	35
7.2.1	Dílčí cíle	35
7.2.2	Výzkumné otázky	36
7.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	36
7.4	Charakteristika sledovaného souboru	37
7.5	Organizace výzkumu	37
8	ROZHOVORY S RESPONDENTKOU	40
8.1	Anamnéza.....	40
8.1.1	Osobní anamnéza.....	40
8.1.2	Rodinná anamnéza.....	40
8.1.3	Gynekologická anamnéza	41
8.1.4	Sociální anamnéza a životní styl	41
8.1.5	Historie ženské linie.....	42
8.2	Rozhovor v I. trimestru těhotenství	43
8.2.1	Vyhodnocení škál	45
8.3	Rozhovor v půlce II. trimestru těhotenství.....	47
8.4	Rozhovor v II. trimestru těhotenství	49
8.4.1	Vyhodnocení škál	53
8.5	Rozhovor v půlce III. trimestru těhotenství	56
8.6	Rozhovor ve III. trimestru těhotenství.....	59
8.6.1	Vyhodnocení škál	62
8.7	Rozhovor po porodu	64
	DISKUZE.....	69
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80
	PŘÍLOHY.....	81
	Příloha č. 1.....	81
	Příloha č. 2.....	84
	Příloha č. 3.....	85
	Příloha č. 4.....	86

Příloha č. 5.....	87
-------------------	----

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Škála sebehodnocení v I. trimestru těhotenství	45
Graf 2: Škála strachu v I. trimestru těhotenství	46
Graf 3: Škála jistoty a bezpečí v I. trimestru těhotenství	47
Graf 4: Škála sebehodnocení v I. a II. trimestru těhotenství	54
Graf 5: Škála strachu v I. a II. trimestru těhotenství.....	54
Graf 6: Škála jistoty a bezpečí v I. a II. trimestru těhotenství.....	55
Graf 7: Škála sebehodnocení v I., II. a III. trimestru těhotenství	62
Graf 8: Škála strachu v I., II. a III. trimestru těhotenství	63
Graf 9: Škála jistoty a bezpečí v I., II. a III. trimestru těhotenství	64

SEZNAM ZKRATEK

ACTH	Adrenokortikotropní hormon
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HCG.....	Choriogonadotropin
ICM.....	International Confederation of Midwives
MMHA	Maternal Mental Health Alliance
PA.....	Porodní Asistentka
WHO.....	World Health Organization

ÚVOD

Porodní asistentka představuje pro těhotné ženy první kontakt v prenatalní poradně. Bohužel současná praxe v dnešní uspěchané době znamená nedostatek času a prostoru pro komplexní péči v rovině bio-psycho-sociální a spirituální u těhotné ženy. Ve valné většině případů to není chybou porodní asistentky, ale rozsáhlým počtem klientek registrovaných u jednoho lékaře. Proto jsou porodní asistentky většinou zaměřeny pouze na tělo ženy a vývoj/stav plodu. Většina žen je velmi vnímavá a nedostatek času vycítí. Jejich shovívavost vůči nestíhající porodní asistenci ženám nedovolí se optat, zda jejich pocity, které těhotná žena pociťuje jsou normální či ne.

Těhotenství pro ženu představuje náročné období. Nemění se pouze ženino tělo, ve kterém roste plod. Mění se i ženino prožívání, její osobnost a vnímání. Žena je zatížena novým sociálním postavením „těhotné ženy“ a zároveň se potýká s nově vznikající rolí matky. Společnost očekává, že snad každá těhotná žena chce být již nazývána matkou, ale ne všechny těhotné ženy se s touto rolí ihned zidentifikují. Stigma, které ženu provází celé těhotenství může mít vliv nejen na ní, ale i na vnímání jejího dítěte. Předpokládám za vhodné informovat společnost a též zdravotnický personál o této problematice.

Na základě výše uvedeného důvodu jsem zvolila toto téma bakalářské práce. Myslím si, že je příhodné zjistit, jak těhotná žena vnímá reakce svého okolí na fakt, že je gravidní. Jak prožívá své těhotenství, vnímá své dítě a zda má těhotenství vliv na vztah s partnerem nebo matkou. Zajímám se též o roli, jakou porodní asistentka v prenatalní poradně představuje pro těhotnou ženu.

Považuji toto téma za zajímavé, a především důležité ve spojitosti s prací porodní asistentky. **Hlavním cílem v této práci je popsání a pochopení proměn psychiky ženy v těhotenství.** Již v samotné teoretické části bakalářské práce se věnuji tomu, jakou roli představuje psychologie těhotenství v práci porodní asistentky, ve které také zmiňuji fakt, že vzdělávání porodních asistentek v této problematice je dle mého názoru nedostačující. Tento fakt podpořila skutečnost, že odborná literatura se tímto tématem příliš nezabývá. Následující kapitoly jsou věnované psychologii ženy jako takové, na kterou navazují kapitolou věnovanou psychologii těhotenství. V půlce teoretické části se pokouším vysvětlit význam prenatalní komunikace. Zmiňuji náročné situace, které v těhotenství mohou nastat. Poslední část je věnovaná roli muže jako partnera v průběhu těhotenství.

Praktická část práce je koncipována kvalitativním výzkumem, který je vyhotoven formou rozhovorů u jedné respondentky. Hlavním cílem výzkumného šetření je popsat a pochopit potřeby a prožitky těhotné ženy v celém průběhu těhotenství. Tento cíl je následně rozdělen do pěti dílčích cílů, které napomáhají snazšího dosažení výsledku. Nakonec uvádím své doporučení pro praxi porodních asistentek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY

1.1 Definice profese porodní asistentky

Světová zdravotnická organizace (WHO) spolu s Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federací gynekologů a porodníků (FIGO) stanovila v roce 1972 Definici porodní asistentky. Roku 1990 bylo původní znění definice poprvé upraveno. Současné znění dokumentu bylo přijato v roce 2005 na kongresu ICM v Austrálii:

„Dle mezinárodní definice je porodní asistentka osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program uznávaný v dané zemi, a která dosáhla nezbytné kvalifikace, aby byla registrovaná, a/nebo aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a používat označení porodní asistentka; a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek“ (MZČR, 2018).

1.2 Kompetence porodní asistentky

Kompetencemi neboli dovednostmi se rozumí souhrn určitých vědomostí či schopností potřebné k výkonu určité profese. Profese porodní asistentky je svázána s mnohými dovednostmi, které jsou k výkonu tohoto povolání nezbytné. Již v definici porodní asistentky (viz kapitola 1.1) lze vyčíst příklady kompetencí.

Kompetence porodní asistentky jsou stanoveny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., která zahrnuje činnosti, jako je například diagnostika těhotenství, péče o ženu během těhotenství a péče o matku a dítě po porodu. Některé kompetence jsou také uvedeny v Etickém kodexu porodní asistentky. ICM v roce 2010 vydala dokument, který stanovuje doporučené znalosti a dovednosti, které by měla PA ovládat a chování, jakým by měla disponovat. Tento dokument byl v roce 2013 aktualizován a poslední změna proběhla 15.10. 2018 (UNIPA, 2019). ICM na svých webových stránkách uvádí, že probíhají změny v poslední aktualizaci, a proto dokumenty o kompetencích porodní asistentky byly ze stránek dočasně odstraněny (ICM, 2018).

Mezinárodní kodex porodních asistentek podporuje mezinárodní definici PA a zabývá se povinnostmi v etické sféře. Klade důraz na dodržování profesní odpovědnosti a povinnosti. Kodex upravuje čtyři hlavní okruhy zabývající se profesními vztahy, praxí, samotnými profesními povinnostmi a rozvojem znalostí (UNIPA, 2019).

Vzhledem k rozsahu doporučených znalostí a dovedností ICM z roku 2013 zmiňují pouze relevantní dovednosti související s tématem bakalářské práce.

ICM stanovila sedm hlavních kompetencí, které se dále rozřazují na znalosti, dovednosti a schopnosti. Třetí kompetence je orientovaná na poskytování péče v průběhu těhotenství a zahrnuje předporodní péči, posílení zdraví plodu a matky, dále včasný záchyt a léčbu určitých komplikací. Mezi základní znalosti patří například:

- analýza zdravotní anamnézy,
- známky normálního či odchýleného průběhu těhotenství,
- znalost normálních psychologických změn v těhotenství včetně příznaků signalizujících psychosociální stres,
- metody vedoucí k úlevě při běžném diskomfortu v těhotenství,

- přípravy domácnosti či rodiny na příchod novorozence.

Mezi další základní dovednosti a schopnosti, kterými by měla porodní asistentka disponovat jsou:

- zjištění předchozího i současného zdravotního stavu při každé prohlídce,
- zhodnocení vitality plodu a posouzení srdečních ozev,
- zajištění edukace s ohledem na normální průběh těhotenství,
- umění demonstrovat metody vedoucí ke snížení diskomfortu v těhotenství,
- zajištění základní přípravy k porodu a rodičovství (UNIPA, 2018, s. 9-12).

1.3 Péče porodní asistentky o psychiku

Prenatální poradny představují prvotní kontakt ženy s porodní asistentkou. V praxi to znamená, že většina porodních asistentek se zajímá především o tělo ženy a vývoj plodu, ale na případné neduhy, potřeby a na prožitky nezbyývá příliš mnoho prostoru. Tyto aspekty jsou tudíž často opomínány. Nedostatek času a prostoru pro komplexní péči je dán dnešní uspěchanou dobou. Velký vliv má také počet klientek registrovaných u jednoho lékaře. Nejideálnější situace nastává, pokud si těhotná žena najde navíc svou soukromou PA. Bohužel tato možnost stále není hrazena ze zdravotního pojištění.

Porodní asistentka mimo prenatální poradny a porodnice představuje mnoho výhod v poskytované péči. Mezi hlavní výhody patří individuální přístup, podpora fyziologického a přirozeného těhotenství, péče o rovinu psychologickou a sociální. Soukromá porodní asistentka má v povědomí, že každá žena je individuální osobnost a přistupuje k jednotlivé ženě jako k výjimečné bytosti. Mezi hlavní nástroje individuální péče patří naslouchání, profesionální odstup, objektivní hodnocení a trpělivost. Samotná péče zaměřená na psychiku spočívá v navrácení víry ženám, že jsou ony samy schopny zvládnout těhotenství a porod (Štromerová, 2010, s. 20-22).

1.3.1 Psychofyzická příprava na porod

Další možností, jak ovlivnit prožívání těhotenství a snížit strach z porodu je psychoprophylaktická příprava. Jejím cílem je snížit úzkost a připravit těhotné ženy na změny související s těhotenstvím. Tato péče je zaměřena na odbourání negativních emocí ve smyslu porodu, bolestí, ale také obavy o dítě. Psychoprophylaxe tedy napomáhá zlepšit psychický

a fyzický stav. Učí ženy, jak se uvolnit, což napomáhá cirkulaci na fetoplacentární úrovni. Dalšími výhodami je, že psychoprofylaxe zajišťuje ideální váhový přírůstek těhotné, a také dává ženě ideální start do nového života, protože profylaxe zajišťuje, aby žena byla připravena na novou roli v životě, a tou je role matky (Bašková, 2015, s. 36). V rámci této přípravy bývá též edukace v oblasti eventuálního operačního ukončení porodu a vzniku komplikací. Poskytuje informace o anestezii, analgezii a nefarmakologickém tlumení bolesti (Takács, Sobotková, Šulová et al., 2015, s. 50).

Dle Baškové by měly být psychofyzické kurzy součástí prenatalní péče s cílevědomou přípravou ženy. Tyto kurzy pořádají gynekologicko-porodnická oddělení příslušných nemocnic, mohou je ale poskytovat soukromé gynekologické ambulance, či mateřská centra. Další možností poskytování této péče je v kompetenci soukromé porodní asistentky. PA pracuje nejen se skupinou žen, ale může pracovat i s partnery těhotných. Úloha partnerů spočívá v poskytování klidu a pocitu bezpečí, a to i během porodu, kdy ženám dodávají odvalu a podporují je (Bašková, 2015, s. 36).

1.4 Multidisciplinární spolupráce porodní asistentky

Již v mezinárodní definici porodní asistentky je zmíněno: „...*zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci...*“. To napovídá tomu, že PA musí spolupracovat, případně zprostředkovat či poskytnout kontakty na jiné odborníky i z jiných medicínských oborů.

V průběhu těhotenství mohou vzniknout situace, které vyžadují konzultaci nebo péči od jiného medicínského, případně zdravotnického pracovníka. Je nutná odbornost porodní asistentky z důvodu posouzení stavu ženy a rozhodnutí, zda je potřeba žádat o konzultaci, či převzetí do péče jiného odborníka. Spolupráce je nedílnou součástí bezpečné praxe a činnosti porodní asistentky. V rámci multidisciplinární spolupráce je nutná efektivní komunikace a dobré vztahy s lékařskými kolegy. Tato péče je velmi důležitá především v těch situacích, kdy potřebná péče o těhotnou ženu nespadá do rozsahu kompetencí porodní asistentky. Například se jedná o péči o těhotné ženy s duševním onemocněním. Tato péče může být natolik specifická, že je spolupráce odborníka nutně zapotřebí (Pairman et al., 2014, s. 429). Porodní asistentka by měla (nejen) u těhotné ženy rozpoznat, ve které oblasti nastal problém a následně vhodně zvolit konkrétního odborníka. Mezi nejčastější odborníky se řadí psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, rodinní a manželští poradci, sexuologové, ale také mateřská centra či azylová zařízení.

Důležité je, aby PA měla dostatek informací o tom, kdo a jakou metodou ženě pomůže. Nicméně rozhodnutí o vyhledání pomoci závisí na ženě samotné. Úkolem porodní asistentky je pomoc aktivně nabízet, ale zároveň usilovat o udržení autonomie ženy v rozhodování a ponechání odpovědnosti za své zdraví (Ratislavová, 2008, s. 6).

1.5 Vzdělání porodní asistentky

Znalosti v psychologické rovině a výchova k udržení duševního zdraví u těhotných žen jsou v oblasti vzdělávání porodních asistentek nezbytné. Ačkoliv vývoj v medicíně a zdravotnictví pokračuje kupředu, často se psychická sféra opomíná i navzdory tomu, že se jedná o nehmatatelnou část našeho zdraví. Neměla by tedy být o nic méně důležitá, jako je ta fyzická. Psychika i prožívání ženy hrají v období těhotenství důležitou roli.

Pro Českou republiku by se mohla stát vzorem například Velká Británie. V roce 2011 byla ve Velké Británii založena organizace s názvem Maternal Mental Health Alliance (MMHA). Jejím cílem je dosáhnout dostupné a kvalitní péče o duševní zdraví těhotných žen, a to i v průběhu období následujícího roku po porodu. Poskytují péči a podporu rodičům a rodinám. Důvodem založení MMHA je, že psychické zdraví se ve Velké Británii v průběhu těhotenství a v období po porodu často nesleduje, nediodnostikuje, tudíž není možnost případné nemoci včas léčit. Pokud není poskytnuta dostatečná péče, tak narušené duševní zdraví má devastující následky na postihnuté ženy i jejich rodiny. MMHA již uzavřelo členství s několika organizacemi. Mezi jednu z významných organizací patří Royal College Of Midwives, která je vedena porodními asistentkami (MMHA, 2019). Tato organizace se také snaží podpořit rozvoj rozsáhlé péče o duševní zdraví těhotných žen. Například v roce 2017 byla uspořádána schůze o kultuře duševního zdraví. Tématem bylo zlepšení celkové situace týkající se duševního zdraví těhotných žen i u žen po porodu. Mezi opatření patří snaha o zlepšení vzdělání porodních asistentek v této oblasti pro dosažení rovnosti fyzického a duševního zdraví. Velmi důležitým bodem diskuze byla shoda, že je potřeba normalizovat mateřskou péči o duševní zdraví a k tomu je potřeba odpovídající vzdělání. Jedním z bodů byl i velmi dobrý poznatek, že k tomu, aby se těhotná žena s takovým problémem vůbec svěřila, je potřeba důvěra k porodní asistentce z její strany. Mnozí věří, že dalším krokem ke zlepšení situace je zbavit se stigma obklopujícího perinatálního duševního zdraví (Attias, 2017).

2 PSYCHOLOGIE ŽENY

Ve společnosti je přirozené členit jedince dle biologického pohlaví, to zahrnuje například anatomické rozdíly mezi ženou a mužem. Určení pohlaví pouze dle biologického aspektu však nestačí. Biologický faktor dále interaguje s dalšími důležitými faktory, které je důležité neopomínat. Vzhledem k tématu bakalářské práce se v další kapitole zmiňují o psychice ženy v období těhotenství. Je tedy důležité se nejprve v této kapitole zaměřit na psychiku ženy všeobecně. V časopise *Contemporary Psychoanalysis* zabývajícím se psychoanalýzou byla ženská psychologie definována jako přístup zahrnující pohlaví, ženskou identitu člověka a problémy, kterým ženy během svého života čelí (Miletic, 2013, s. 288-292).

2.1 Biologické, psychické a sociální pohlaví

Ratislavová (2008, s. 8) ve své knize uvádí, že na vývoji psychiky ženy se podílejí faktory biologické, sociální a kulturní. Lze tedy hovořit o biologickém, psychickém a sociálním pohlaví. Tyto tři druhy pohlaví nelze oddělit, protože tělo i psychika tvoří jeden funkční celek.

2.1.1 Biologické pohlaví

Pohlaví jedince je dáno ihned po spojení oocyту a spermie. Pohlaví je určeno pohlavním chromozomem, který v sobě nese spermie. Ženské pohlaví je dáno párováním chromozomů X. V prvních týdnech těhotenství je založen pohlavně neutrální základ plodu. Zhruba po sedmém týdnu po oplodnění se vyvíjí buďto ženská či mužská forma. Nejprve se tedy vytvářejí vnitřní pohlavní orgány, které vylučují příslušné hormony, a tím podněcují další vývoj plodu. Mezi 12. – 16. týdnem těhotenství se vytvářejí vnější pohlavní orgány. Důležité je období mezi 16. – 28. týdnem prenatálního vývoje, protože dochází ke specifické diferenciaci mozkových oblastí, to je dáno také tím, že šíření pohlavních hormonů končí v mozku. V případě, že dojde v prenatálním období k neobvyklému hormonálnímu vlivu, může nastat ovlivnění vývoje mozku. Tyto vlivy mohou zapříčinit abnormální vývoj mozku směrem k feminizaci či maskulinizaci. Tento stav se posléze může projevit v životě dospívajícího nebo dospělého člověka, a to přesněji v chování (Paulík, 2017, s. 184-185).

Vědci v oboru psychologie zjistili rozdíly mezi mužským a ženským mozkiem. Například přední cingulární kůra je u žen větší než u mužů. Jedná se o část mozku, která se podílí na rozhodování, ale je také činitelem starostí. Prefrontální mozková kůra je též u žen větší a její funkcí je řízení emocí. Hypotalamus u žen začíná dříve pracovat na hormonálních

změnách než u mužů. Dalším rozdílem je hipokampus, který je oproti mužskému mozku větší, zároveň je u žen vyšší neurální spojení do této části mozku, která slouží jako paměťové centrum. Proto ženy zvládají déle uchovávat a lépe vstřebávat senzorické a emoční informace. Corpus collosum, skupina vláken spojující levou a pravou hemisféru, je u žen silnější. Dále je například rozdílně rozdělena práce hemisfér. Muži mají slovní centra převážně rozložena na levé hemisféře, ženy je ale mají rozložena na obou stranách mozku. Ženy tudíž využívají více slov při diskuzi nebo popisu situace. V případě emočního zpracování je při bližším pohledu patrný rozdíl mezi oběma pohlavími. Ženský mozek vzhledem k přirozeně většímu krevnímu průtoku v oblasti gyrus cinguli častěji přemítá nad vzpomínkami spojenými s emocemi než mozek mužský (Jantz 2014, Kelly 2018).

Vědci odhalili zhruba 100 rozdílů v mozku na základě pohlaví. Porozumění rozdílům na základě pohlaví z neurologického hlediska otevírá možnosti v oblastech, jako je například otázka rodičovství a podpora potomků v mladém věku v rámci rodičovství (Jantz, 2014).

2.1.2 Psychické pohlaví

Neodmyslitelnou částí ženské role je také psychické pohlaví. Jedná se o vyjádření skutečnosti, zda se člověk, v tomto případě žena, cítí být skutečně ženou. Pocit příslušnosti neboli sexuální identifikace k určitému pohlaví se formuje již od samého začátku prenatálního vývoje kupříkladu vlivem pohlavních hormonů na centrální nervový systém plodu ve II. trimestru těhotenství. Pro další formování identity přispívají vlivy po porodu a také samotné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Uvádí se, že rozhodující věk pro vytvoření pohlavní identity dítěte je zhruba do 18 měsíce života. „*Pohlavní identita tedy vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti, či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky i se sociální rolí prisuzovanou danému pohlaví*“, uvádí Weiss (2012, s. 104). Z této myšlenky vyplývá, že v případě nesounáležitosti těchto faktorů dochází k rozporu a narušení samotné psychiky jedince.

2.1.3 Kulturní a sociální pohlaví

Ačkoliv genderová identita je spojena s biologickými aspekty, význam bytí pohlaví je ovlivněn společenskými faktory. Jedním takovým faktorem je například pohled společnosti na roli muže a ženy z hlediska norem a stereotypů odvíjejících se od vzoru ideálního zástupce pohlaví (viz 2.2). Jako zástupce množství sociálních a kulturních prostředí člověk během dne zastává určité množství identit (matka, student, zaměstnanec).

Tyto identity nás definují jednak z pohledu společnosti, a jednak z pohledu sebe sama, a to je také neodnímatelná součást pohlaví (Jun, 2012, s. 356-367).

2.2 Stereotyp ženské role

Je několik vlastností a typů chování, které stereotypně společnost očekává od příslušného pohlaví. Tato očekávání ovlivňují jednání ženy nejčastěji pak v určitých sociálních situacích. Mezi typické vlastnosti či způsoby chování, které společnost ženám přiřazuje na základě stereotypů jsou bezmocnost, náladovost, pasivita, úzkostnost, láska k dětem, závislost, poslušnost, empatie, ohleduplnost. Jedná se o krátký výčet stereotypních vlastností přisuzovaných k ženské roli. Stereotypy ženské role jsou také spojené s vyšší senzitivitou k psychickému vyčerpání (Paulík, 2017, s. 186-189).

2.3 Hlavní mezníky v životě ženy

V životě ženy existují tři velké mezníky, které souvisejí s ženským reprodukčním cyklem. Jedná se o životně náročná období v životě ženy a často bývají spojena s krizí. Jedná se o menstruaci, těhotenství (včetně porodu a šestinedělí) a nakonec klimakterium (Ratislavová, 2008, s. 15). Velmi často je během těchto období vyžadováno splnění hned několika rolí současně, jako je například být ženou, matkou a být přitažlivá (Gutmanová, 2013, s. 285). Společnost obecně vnímá těhotenství jako šťastnou událost, kdy žena dozrává. Předpokladem tedy je zlepšení nálad charakterizované vyrovnaností i u úzkostných žen. Bohužel, je ve velkém počtu případů popisován opak. Tento mezník v životě ženy způsobuje spíše zhoršení či objevení úzkostných nebo jiných poruch. Jedná se o významnou událost spojenou s novou zodpovědností, rolí až depersonalizací (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 391).

3 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství není jen vývoj a čekání na vytužené miminko, ale také období, kdy probíhá proces, během kterého se ze ženy stává matka. Partnerský vztah prochází zkouškou a vývojem. Na konci samotného procesu se vytvoří ucelený prvek – rodina. Psychologie těhotenství se tedy netýká pouze ženy, ale všech zúčastněných jedinců, včetně vyvíjejícího se plodu. Samotné prožívání těhotenství dokáže odkrývat i ty nejhlubší zaryté vrstvy ženy, které ani nemusela chtít odkrývat. Poznatky z psychologie těhotenství porodním asistentkám pomáhají pochopit souvislosti, a tím zároveň pomoci i s negativními prožitky, které se u žen mohou vyskytnout (Ratislavová, 2008).

3.1 Aspekty ovlivňující psychiku ženy v těhotenství

Období těhotenství znamená pro ženu celou řadu změn. Tyto změny velmi ovlivňují celé těhotenství a prožívání ženy. Mezi faktory ovlivňující těhotenství patří fyzické, které jdou ruku v ruce s hormonálními změnami. Dalším aspektem je také psychika. Somatické změny, především viditelné na povrchu těla, mají vliv na ženinu psychiku. Proto je nelze jednoznačně od sebe oddělit. Dalším vlivem na prožívání je sociální okolí včetně kvality partnerství a vztahů v rodině. Velmi silně se především projevuje síla vztahu těhotné ženy a její matky.

3.1.1 Hormonální a somatické aspekty

Jak již bylo řečeno, v těle těhotné ženy dochází k mnoha změnám. Tyto změny mohou být dramatické. Na změnách jak psychických, tak i fyzických se podílejí především hormony. Na počátku těhotenství dochází k růstu HCG (choriongonadotropin), tento hormon je důležitý při diagnostice těhotenství. Dochází k elevaci estrogenů a progesteronu. Progesteron je důležitý hormon k udržení těhotenství, ale jeho účinky jsou rozsáhlejší. Dochází například ke zvětšování prsů, žena má méně energie. Progesteron přispívá také k žaludečním problémům a odmítání některých vůní. Vlivem estrogenu dochází ke změkčení některých tkání především v oblasti pánve, a tím napomáhá přípravě porodních cest. Dále na děložní vazy působí relaxin, který též spolupracuje na změkčení a pružnosti vazů. Během těhotenství se uvolňuje hormon zvaný somatomotropin. Množství tohoto hormonu se během těhotenství kontinuálně zvyšuje a podílí se na stimulaci mléčné žlázy a tvorby mléka. Nedílnou součástí je také hormon oxytocin, který se uvolňuje především při porodu (Horáčková, 2018).

V těle těhotné ženy dochází ke změnám v celém systému těla. Těchto změn je celá řada. Některé změny jsou pozitivní, jako například zlepšení kvality vlasů a pleti. U každé těhotné ženy však změny probíhají velmi individuálně, a proto je důležité myslet na to, že tělesné změny, ač fyziologické, mají vliv i na psychické prožívání ženy.

3.1.2 Psychosociální aspekty

Na počátku těhotenství si žena nemusí uvědomovat kolika změnami bude procházet. Těhotná postupně reorganizuje svůj život, stanovuje si nové priority a učí se novým situacím. Postupně také dochází k vývoji nové role, kdy se vytváří mateřská identita. Jedná se o náročné situace a jejich zvládnutí je též podmíněno osobností. V tomto období se zrcadlí vztah těhotné ženy a její matky. Mohou se projevit nevyřešené problémy s matkou, které se vynoří napovrch a projeví se nejen na psychickém, ale i na somatickém zdraví (Ratislavová, 2008, s. 16-17). Je popisováno několik typických ambivalentních pocitů, které se u žen objevují. Jedná se především o pocity štěstí, vděčnosti nebo naděje. Nejistota, strach, pochybnosti a nedůvěra se řadí mezi negativní emoce. Uvádí se, že negativní prožitky se vyskytují více než ty pozitivní. Jsou popisovány změny nálad: přehnané emoční jednání, euforie, deprese, podrážděnost (Woods, 2012, s. 52-53). Ze sociálního pohledu si žena uvědomuje, že postupně ztrácí soběstačnost v ekonomické rovině a dochází pozastavení profesního růstu. To má za následek zvýšení závislosti na partnerovi. Tuto skutečnost některé ženy mohou snášet velice obtížně (Ratislavová, 2008, s. 16-17).

Mnohé ženy přicházejí do těhotenství s určitým očekáváním. Tato očekávání jsou silně individuální a liší se na základě osobnosti a životních zkušenostech. Bohužel některá očekávání mohou být nerealistická a pokud dojde ke střetu s realitou, mohou nastat pocity velkého zklamání. Bylo stanoveno několik možných schémat prožívání těhotenství. Mezi nejčastější schéma patří **zvládnutí těhotenství a porodu**, kdy dochází k přílišným očekáváním. V této situaci od sebe žena sama očekává bezchybné prožití těhotenství se všemi okolnostmi. Opačným pólem je **očekávání nepříjemných zážitků**. Převládají obavy z nezvládnutí nové role a strach spojený s bolestí. Dalším možným schématem je **prožívání citů, blízkosti a bezpečí**, spojeným se zahlcením lásky k dítěti a k rodině, nebo naopak strach ze ztráty pocitu lásky k ostatním. **Sociální podpora** předpokládá, že těhotenstvílepší partnerský vztah a lepší přijetí sociálním okolím. **Vlastní hodnoty** se týkají zvýšení hodnoty ženy, ale i strach ze snížení kvalit jejích hodnot, především v oblasti pracovní či sexuální. Posledním možným schématem je **vztah k vlastnímu tělu**, kdy má těhotná žena nereálné

požadavky na svůj zevnějšek, které jak věří, zapříčiní lepší přijetí sama sebou a okolím (Skutilová, 2016, s. 20-21).

3.2 Adaptace na roli matky

Vývoj mateřské identity začíná již v průběhu těhotenství a pokračuje po narození dítěte. Žena se v procesu adaptace vyrovnává s vývojovou krizí spojenou s těhotenstvím. Adaptace je doprovázena několika adaptačními modely. Tyto modely neboli mechanismy mají za cíl integrovat samu sebe do nové identity. Mezi hlavní adaptační mechanismy se řadí **imitace**. Jedná se o proces osvojení si role pomocí napodobování osob, které se v roli matky již nacházejí. **Hraní role** je typ chování, při kterém žena vyhledává situace pro vyzkoušení své nové role. Proces **fantazie** se odehrává v myšlenkách a dochází při něm k představám o budoucím mateřství. Další mechanismus zahrnuje proces osvojení nebo přijmu názorů a motivů od ostatních matek. Jedná se tedy o **introjekci**. Situace, kdy si těhotná samu sebe představuje v určitém okamžiku, se nazývá **projekce**. Ta je zakončena **akceptací**, přičemž žena přijme svou roli na základě procesu změn, nebo **zamítnutím** mateřské identity jako následek vyhodnocení nevyhovující role. Vývoj této identity u ženy je také ovlivněn rodinou. Jejich postoj vůči ní se mění na chování k ženě – matce (Bašková, 2015, s. 11).

3.3 Psychika ženy v I. trimestru těhotenství

První třetina těhotenství je zaměřena především na přijetí těhotenství. Žena se stává více introvertní, zaměřuje svůj pohled na sebe v oblasti těla i svých emocí (Bašková, 2015, s. 9). Pro toto období trvající do 12. týdne těhotenství jsou charakteristické hormonální změny a také nový začátek v životě ženy. Převládají nálady rozladěnosti, náladovosti a nejistoty. Tyto pocity a výkyvy nálad mohou představovat pro ženu zátěžové období. Vyskytují se obavy ze sdělení těhotenství partnerovi nebo rodině, přesněji obavy z reakce a přijetí jejího těhotenství. Běžným jevem v dnešní době bývá, že mnoho žen v souvislosti s těhotenstvím pociťuje namísto naděje a štěstí bezradnost a riziko (Stadelmann, 2009, s. 25). Žena sleduje známky těhotenství a seznamuje se s novými pocity spojenými se vznikem nového života uvnitř jejího těla. Při potvrzení těhotenství často nastává zhodnocování vlastního dosavadního života, přemýšlení nad změnou hodnot a priorit, což vede k myšlenkám, čeho se bude muset žena vzdát (Ratislavová, 2008, s. 26). Teprve po přijetí a uvědomění si, že v ní roste nový člověk dokáže žena hovořit o svém štěstí. Ženinocitěné štěstí se často odráží i na chování. To se razantně mění. Mohou se zdát například

jiné a více usměvavé (Stadelmann, 2009, s. 27). V prvním trimestru většina žen přemýšlí nad svými sociálními vztahy, dokonce i nevědomě. To může znamenat znovuzrození vztahu s matkou, protože těhotná svou matku vyhledává a hledá u ní podporu či pocit bezpečí. Nejtypičtější situace, která nastává v tomto prvotním období je výskyt ambivalence neboli protikladných pocitů – střídající se pocity štěstí a radosti se strachem ze ztráty, přecitlivělostí a nejistotou (Ratislavová, 2008, s. 26).

3.4 Psychika ženy v II. trimestru těhotenství

Jedná se o další etapu spojenou s psychickými změnami. Druhý trimestr je považován za období klidu, času přizpůsobení a přeměny (Stadelmann, 2009, s. 48). Důvodem je ustálení ambivalentních pocitů, které se nejčastěji mění v pozitivní. Často se budoucí matka již hlásí ke komunitě matek, snaží se načerpat dostatečné množství informací, absolvovat předporodní kurzy a číst knihy či články na internetu. Typické pro druhý trimestr jsou fantazie a představy o vzhledu vyvíjejícího se dítěte. Je popisována zvýšená fyzická aktivita, emoční a sensorické prožitky jsou intenzivnější (Ratislavová, 2008, s. 26). Žena se pokouší změnit svůj životní styl k lepšímu a tím podporovat zdravý průběh těhotenství. Těhotná začíná cítit pohyby plodu a již si plně uvědomuje existenci plodu. Hlavním úkolem této etapy je přijmout plod jako samostatnou a nezávislou bytost (Roztočil et al., 2017, s. 113). Bašková uvádí: „*Prenatální dítě je aktivním partnerem v těhotenství, a to nejen ve fyziologických, ale i psychických a sociálních funkcích*“. To znamená, že vztah mezi matkou a dítětem nemá pouze biologický charakter, nýbrž i psychologický a sociální (Bašková, 2015, s. 9-10). Dítě je již v této době velmi vnímavé a aktivní. Rostoucí těhotenské břicho má vliv na společnost, ve které se budoucí matka nachází. Sociální okolí vnímá těhotnou ženu s větším respektem a pochopením, poněvadž lépe porozumí problémům spojených s těhotenstvím, pokud vidí rostoucí těhotenské břicho (Stadelmann, 2009, s. 48).

3.5 Psychika ženy v III. trimestru těhotenství

Přechod mezi II. a III. trimestrem je meziobdobím, kdy panuje strach z předčasného porodu, ale zároveň touha porodit co nejdříve. Chování ženy ve třetím trimestru těhotenství je charakterizováno „stavěním hnízda“. Žena chystá, připravuje prostředí na příchod potomka a nakupuje výbavičku. Opět se vyskytuje ambivalence: obavy z předčasného porodu, ale i porodu samotného a na straně druhé se žena těší na příchod dítěte (Roztočil et al., 2017, s. 114). Třetí trimestr přináší nastávající matce pocity obav z neznámého a nejisté budoucnosti v roli matky. Též je opět popisována zátěž organismu ženy, tělo je zatíženo

fyzicky. Objevuje se pálení žáhy či únava v důsledku nekvalitního spánku, tělesný diskomfort zapříčiněný velikostí břicha. Psychika ženy ve třetím trimestru těhotenství je ovlivněna několika aspekty. Jak již bylo řečeno, kvůli velikosti břicha se žena může cítit nepřitažlivá a nemotorná. Představy o porodním období mohou vést k myšlenkám o nezvládnutí rodičovské role, selhání v péči o dítě a myšlenkám na zvýšené nároky na zodpovědnost (Stadelmann, 2009, s. 78-92). Těhotenství v této etapě může být zdrojem úzkostných stavů a pocitů nepohody. Úzkost může přinést potíže s akceptací ženské role u prvorodiček a projevy jsou přítomné i v partnerském vztahu. Poslední čtyři týdny před porodem je nutná intenzivnější příprava na porod a potvrzení existence nového jedince v rodině. Proto je v tomto období významná přítomnost porodní asistentky, jež může pozitivně ovlivnit myšlenky spjaté s porodem (Bašková, 2015, s. 10).

3.6 Těhotenství jako životní krize

V životě lze popsat několik vývojových krizí jež jsou specifické pro ženy. Většina těchto krizí je spojena s reprodukčním systémem. Jednou z událostí je těhotenství. Velkou zátěž představuje především první těhotenství. Přestože žena pociťuje touhu po dítěti, mohou se vyskytovat obavy různého charakteru. Mnoho žen považuje mateřství za smysl života, ale na druhou stranu se některé mateřství straní. Důvodů vyhýbání se těhotenství je několik, například strach z odpovědnosti, nepřipravenost na roli matky nebo neochota plnění rodičovských povinností (Paulík, 2017, s. 105). Těhotenství je bráno jako vývojová krize, protože představuje zvýšené psychické nároky, nové sociální postavení v roli matky, ale také výskyt obav z budoucnosti. Tato krize je charakterizována několika příznaky:

- Žena pociťuje ztrátu svého zarytého způsobu života.
- Typické negativní emoce.
- Strach ze ztráty kontroly.
- Obavy z budoucnosti.
- Emocionální vypětí trvající týdny až měsíce (Lorenzová, nedatováno).

Je nutné mít na vědomí, že krize není nic patologického či abnormálního. Jedná se o přirozenou součást života každého jedince. Na vzniku samotné krize se podílí psychosomatický stav, vnímavost na stresory a také přítomnost spouštěčů. S krizí je spojeno psychické vypětí, které bývá doprovázeno reakcemi emocionálními i behaviorálními.

Ovlivněno může být také vnímání okolního světa nebo sebe sama, kdy dochází k pocitu nepřipravenosti, neschopnosti se účelně bránit stresorům a pocitu odcizení sebe sama (Paulík, 2017, s. 97-98). V roce 1967 autoři Holmes a Rahe stanovili přehled stresových životních událostí, které jsou součástí života a přinášejí změny. Jednotlivé změny v životě jsou individuálně náročné na adaptaci. Bylo stanoveno 43 různých šťastných i nešťastných situací. Jednotlivé události jsou vyjádřeny mírou náročnosti bodově. Určené body jsou sestaveny na základě průzkumů a vypovídají o vlivu stresu způsobeného událostmi na jedince. Samozřejmě se jedná o orientační hodnotu, protože každá osobnost je individuální a též i její míra odolnosti. Maximum je 100 bodů přidružených k úmrtí partnera. Těhotenství bylo ohodnoceno čtyřiceti body a je tak na dvanáctém místě v tabulce (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 40-41).

4 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE

Prenatální fáze je nejdůležitější pro celý život jedince. Odehrávají se zde psychologické i fyziologické procesy. V tomto období se utváří základ osobnosti. Dítě se v matčině děloze učí, adaptuje a připravuje se na život mimo tělo matky. Samotná matka se na těchto procesech podílí jednak svým chováním a jednak svým tělem, které přispívá hormonálním obrazem (Fedor-Freybergh, 2013, s. 5).

4.1 Vývoj smyslového vnímání plodu

Centrální nervový systém u prenatálního dítěte dokáže do jisté míry zpracovávat veškeré podněty, poněvadž již ve 4. týdnu vývoje se vytvářejí důležité mozkové buňky a neurony (Fedor-Freybergh, 2013, s. 1-2). Dítě má zhruba od 20. týdne těhotenství dobře vyvinutý **hmat** a dokáže přes břišní stěnu pocítit pohazení, lehký dotek, ale též bolest. V případě, že jsou tyto stimuly dítěti příjemné, vyvolávají u něho pocity chůtosti, lásky a zároveň umožňuje spojení s rodiči. Těhotné ženy v tomto období pocítují první pohyby dítěte (Rheinwaldová, 2011, s. 53). Zhruba od 4. měsíce těhotenství plod začíná polykat plodovou vodu a dokáže rozpoznat **chuť** díky chuťovým pohárkům. Dítě dokáže rozpoznat hořkou, kyselou, slanou a sladkou chuť. **Čich** je méně stimulován než ostatní smysly, ale zhruba od 30. týdne vývoje je čich připraven. Prenatální dítě rozpozná nasládlou vůni plodové vody, ale i jiné aromatické látky, které se dostanou do plodové vody skrze potravu matky (Ratislavová, 2008, s. 25). **Zrak** je stimulován nejméně. Teprve od 30. týdne vývoje se víčka dítěte otvírají. Původně bylo smýšleno tak, že kolem plodu panuje tma, ale spíše se jedná o světlo s nádechem purpurově červené barvy. Intenzita světla v děloze závisí na okolním prostředí, ve kterém se žena nachází. Například sluneční paprsky procházejí přes břišní stěnu a vytvářejí tlumenou záři, ale pod příkrývkou bude panovat v děloze tma (Stadelmann, 2009, s. 75). Smysl, který je nejdokonaleji vyvinut a dá se tak přirovnat k funkčnosti dospělého je **sluch**. Sluchový aparát dítěte je velmi dobře stimulován, protože k dítěti přicházejí zvuky z vnějšího světa a také orgány matky mají svou zvukovou kulisu – tlukot srdce, šumění proudící krve či dýchání. Vývoj tohoto aparátu je dokončen ve 20. týdnu těhotenství. Je nutné ženy upozornit, že sluch plodu lze poškodit při nadměrné stimulaci zvuky o hlasitosti vyšší než 90 decibelů. Nadměrný hluk navíc vyvolává v dítěti nervozitu a děs (Rheinwaldová, 2011, s. 54-55).

Dítě se dokáže typicky projevovat nejen na základě vývoje jednotlivých smyslů, ale i díky bazální zkušenosti. Je popisována vrozená schopnost dítěte reagovat na podněty, které působí nitroděložně – změna polohy matky a zvukové podněty. Plod se chová vůči těmto vjemům selektivně, vybírá si ty podněty, které považuje za příjemné. Například ovlivňuje ženu k výběru vhodné polohy (Vágnerová, 2012, s. 62). Předpokládá se, že již ve třetím trimestru těhotenství je dítě schopné reagovat na neznámé podněty a přijímat nové informace. Plod disponuje nejjednodušší formou učení (Rheinwaldová, 2011, s. 56). Na počátku vývoje si vytváří určitou zkušenost a začíná diferencovat známé a neznámé vjemy, učí se na ně reagovat různou intenzitou pohybu. Dalším příkladem prenatálního učení je zvyk na spánkový rytmus matky. Komplexní prenatální zkušenost vyvolává bazální pocit bezpečí. Na základě intenzity a množství pohybů plodu lze odhadnout jeho typické chování, které přetrvává i po narození. Jedná se nejčastěji o některý projev temperamentu (Vágnerová, 2012, s. 62-63). Závisí na ženě vnímavosti a citu rozeznávat signály, které jí dítě poskytuje. Plod je na matce závislý. Pokud matka signály nepohody a frustrace dítěte ignoruje, může plod prožívat při činnosti ženy až bolestivé okamžiky (Rheinwaldová, 2011, s. 59).

4.2 Prenatální komunikace

Prenatální období nezahrnuje pouze vývoj plodu, ale také vznik interakce matky a dítěte. Mezi těmito aktéry se vytváří specifický komunikační systém. Přestože matka má bohatší a specifitější podíl na vývoji komunikačního kanálu, je plod též aktivním účastníkem. Dítě reaguje na podněty a dokáže výše zmíněným způsobem poskytovat matce informace o svých potřebách a emocích (Stadelmann, 2009, s. 75-76). Dr. Chamberlain uvádí: „*Vztah mezi matkou a dítětem v lůně je jeden z nejdůležitějších základních kamenů pro příští vztahový a citový život dítěte*“ (Rheinwaldová, 2011, s. 58).

Prenatální komunikace představuje několik benefitů nejen pro matku a otce, ale především pro očekávané dítě. U rodičů se formuje sebedůvěra v roli rodiče a schopnosti s rolí spojené. Ty umožňují rodičům poznávat citlivost na potřeby dítěte již před jeho narozením. Rodiče svému dítěti prostřednictvím komunikace poskytují podněty pro stimulaci, čímž mohou posílit jeho lepší tělesný a duševní vývoj. Podstatnou výhodou je vytvoření důvěrného vztahu mezi rodiči a plodem. Panující důvěra mezi účastníky má pozitivní vliv na vztahy, které jsou pak ucelenější. Současně je dítěti poskytován pocit bezpečí ve smyslu chtění a vítanosti na tomto světě (Bašková, 2015, s. 59).

4.3 Metody prenatální komunikace

Porodní asistentka ženu seznámí s nejdůležitějšími poznatky prenatální psychologie, proto je také vhodné obeznámit těhotnou ženu a partnera s metodami, pomocí kterých mohou s dítětem komunikovat. Existuje formální rozdělení metod komunikace do tří skupin, které se navzájem prolínají. Je nutné mít na paměti, že informace se vždy přenášejí více než jedním způsobem. Autorem tohoto rozdělení je T. Verny z roku 1993. První metodou je **fyziologická komunikace** zprostředkovaná mateřskou krví do organismu plodu. V případě, že matka prožívá výrazné emoce, které jsou spojené s fyziologickými reakcemi v krvi, pociťuje obdobné prožitky i dítě, které dostalo jednoznačnou informaci skrze krev. Při nadměrném prožívání stresu matky dochází k neadekvátnímu zatížení dítěte. **Smyslová komunikace** je zajišťována nejčastěji taktilně. Dítě vnímá a reaguje na dotyky přes břicho, pohyb nebo polohu matky. Určité polohy matky nemusí být vyhovující pro dítě a svou nelibost vyjádří kopáním, přičemž se jedná o jedinou reakci, při které mu je umožněno dát najevo svou nespokojenost. Mezi smyslovou komunikaci spadá také hlas matky. Třetí metoda je **emoční a racionální postoj matky**. Situace, kdy matka soustředí svou veškerou pozornost na dítě – vizualizace, uvažování, sny a prožívání jeho existence. Při nechtěném těhotenství je dítě schopné negativní emoce vycítit (Vágnerová, 2012, s. 64-65). To, co prožívá matka, prožívá rovněž i plod, protože jsou nerozlučně spojeni. Dítě s matkou prožívá radost i smutek, ale také matčiny zlozvyky (Rheinwaldová, 2011, s. 58). Je dobré mít na paměti, že dítě vnímá zvuky velmi dobře, proto vhodnou metodou, jak komunikovat s dítětem je mluva, poslech hudby nebo zpěv. Je dokázáno, že již narozené děti jsou schopny rozeznat nejen hlas matky, ale také hudbu, kterou slyšely prenatálně (Stadelmann, 2009, s. 75).

5 NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE V TĚHOTENSTVÍ

Existuje mnoho faktorů a vlivů, které mohou negativně ovlivnit prožívání období těhotenství. Mohou mít negativní dopad nejen na budoucí matku, ale také se projevit na zdravotním stavu plodu. Následky těchto vlivů se mohou projevit na fyzickém i psychickém zdraví v budoucím životě.

5.1 Věk jako faktor ovlivňující prožívání těhotenství

Například mezi významné psychosociální faktory se řadí věk ženy. Těhotenství v adolescentním věku je spojeno s následujícími aspekty. Dívky většinou nemají dokončené vzdělání, nacházejí se ve špatné sociální situaci a jsou závislé na rodině. V mnoha případech může být těhotenství nepřímou plánované, jako projev samostatnosti a urychlení tak procesu dosažení dospělosti. Převládá spíše situace, kdy je těhotenství neplánované. Mladé ženy disponují rizikovějším postojem vůči životnímu stylu – užívání návykových látek. U těchto těhotných dívek je často nutná intervence ze strany odborníků z perinatální péče. Naopak ženy ve vyšším věku nad 35 let jsou finančně zabezpečené, zodpovědnější a mají ustálené životní hodnoty. Samotným problémem představuje věk, který je spojen s vyšším rizikem vzniku onemocnění souvisejícím s těhotenstvím a výskytem vrozených vývojových vad plodu (Vlachová, Kocourková, Fait, 2018, s. 337-340). S tím souvisí častější indikace k provedení invazivního perinatálního vyšetření plodu. Pro mnoho žen je tato událost velmi stresující z důvodu možnosti postižení jejich budoucího dítěte. Pociťují zároveň ohrožení svého snu a budoucnosti. Častokrát nejsou ženy schopny plně zpracovat informace o postupu a možnostech výkonu, a proto je nutné jim dopřát čas na vstřebání této informace (Skutilová, 2016, s. 69).

5.2 Chtěné či nechtěné těhotenství jako faktor ovlivňující těhotenství

Negativní či pozitivní vliv na prožívání těhotenství má také aspekt chtěného či nechtěného těhotenství. Žena, která již roky touží po dítěti je po zjištění začátku těhotenství šťastná a plná očekávání. Tyto pocity poté střídá strach z neudržení těhotenství (Stadelmann, 2009, s. 25). V případě, že bylo těhotenství neplánované, nechtěné a žena se přesto rozhodla si dítě ponechat, dochází velmi často k prožívání nadměrného stresu a negativních prožitků. Je popisována ambivalence vůči sobě samé, ale i proti ostatním členům rodiny a samotnému počatému dítěti (Ratislavová, 2008, s. 30).

5.3 Vliv stresu ženy na vývoj dítěte

Hypotalamus uvolňuje kortikoliberin, který stimuluje přední lalok hypofýzy k produkci adrenokortikotropního hormonu (ACTH). Tento hormon stimuluje činnost kůry nadledvin a jejich hormonů. Při psychických obtížích matky v těhotenství se zvyšuje produkce adrenokortikotropního hormonu nejen u matky, ale i u plodu. ACTH má za následek zvýšenou stimulaci kůry nadledvin a dochází ke zvýšené produkci kortizolu. Často je pozorovatelná i inzulinová rezistence. Tato zvýšená hormonální činnost má vliv na budoucí vývoj člověka. U potomků matek, které prožívaly dlouhodobý stres, případně jiné psychické obtíže v průběhu těhotenství, byly pozorovatelné nápadné abnormality ve vývoji či chování. Závažným následkem u těchto dětí může být projev generalizované úzkosti a deprese. Závažnost a stupeň těchto změn u potomků závisí na několika faktorech. Například fáze těhotenství, kdy vznikl mateřský stres, jeho intenzitě a trvání. Vliv má také pohlaví plodu. Závěr těchto změn je charakterizován tím, že pokud dojde k nadměrné cirkulaci stresových hormonů u matky, dochází k přeprogramování fetálních neuronů, jenž spolu s genetickými faktory určují kvalitu chování potomka v postnatálním životě (Weinstock, 2008, s. 1073-1083).

5.4 Úzkost v těhotenství

S úzkostí často koreluje i strach. Tyto emoce se navzájem doplňují a je nutné je od sebe rozlišit. Skutilová uvádí, že: „*Strach se vztahuje k určitému objektu, či situaci.*“, ale naproti tomu úzkost nemá určitý původ. Úzkost vychází z pocitu nejistoty, je běžně hůře zvládnutelná než strach a také trvá déle (Skutilová, 2016, s. 86-87). Paleta podkladů pro vznik úzkosti v těhotenství je pestrá. Lze do ní zařadit hormonální změny a psychické faktory. Nejdůležitější roli v rozvoji úzkostných stavů představuje samotná osobnost ženy a načerpané životní zkušenosti, nejčastěji spojené s předešlým těhotenstvím nebo pozitivní psychiatrickou anamnézou. Těhotenství jako takové klade vysoké nároky z hlediska sociálního, protože žena prochází transformací společenské role. Současně lze v tomto období pozorovat skutečnou kvalitu vztahů s partnerem či rodinnou (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 392). Ačkoliv úzkost nemá konkrétní původ, vždy existuje nějaký spouštěč, který zapříčiní negativní emoce. Spouštěč může být screeningové vyšetření, myšlenky související s porodem, výběr jména dítěte, ale i rozhovor s jinou ženou, která například prožila potrat (Skutilová, 2016, s. 95). Je nutné mít na paměti, že úzkostné stavy mají negativní dopad na plod. Tyto stavy jsou spojeny se snížením průtoku krve v děložní arterii, mající vliv na vývoj plodu (Roztočil et al., 2017, s. 349).

5.5 Deprese v těhotenství

Výskyt deprese v těhotenství je závažná psychická porucha, která ovlivňuje celý průběh těhotenství včetně období po porodu. Prvotní příznaky deprese je obtížné diagnostikovat. Příznaky rozvíjející se, případně probíhající deprese, lze jen těžko rozpoznat od fyziologických změn probíhajících v těhotenství. Počínající rozvoj deprese nastává nejčastěji v průběhu prvního trimestru těhotenství jako důsledek rozsáhlých hormonálních změn (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 394). Dvakrát více se toto onemocnění vyskytuje u adolescentních dívek než u dospělých žen. K rozvoji deprese přispívá mnoho rizikových faktorů, kterými jsou například pozitivní rodinná či osobní anamnéza, nesoudržné partnerství, vliv sociálního okolí, nepříznivá finanční situace nebo nechtěné těhotenství (Roztočil et al., 2017, s. 349). Deprese narušuje oblast emoční, tělesnou, motivaci a myšlení. Nejčastěji ženy popisují pocity smutku, neštěstí a bezmocnosti. Plačtivost patří k nejtypičtějším projevu. Ženy se zmocňují pesimistického myšlení, sebeobviňování a mohou se objevit myšlenky na sebevraždu. Po fyzické stránce dochází k únavě, která je důsledkem poruchy spánku, dále je typická ztráta chuti k jídlu a váhový úbytek. Motivace je též narušena a žena ztrácí zájem o volnočasové aktivity a těžko se dostává k nějaké činnosti (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 394).

Porodní asistentky se ve svém profesním životě jistě setkají se ženou s rozvíjející se nebo probíhající psychickou poruchou. PA by tedy měly mít povědomí o možnostech, jak s těmito ženami pracovat. V případě podezření by měla porodní asistentka prozkoumat pocity ženy do hloubky, aby byla schopna těhotné poskytnout citovou a celkovou oporu. Protože pokud se taková žena dostane nejprve do péče lékařského odborníka, dochází častokrát k indikaci tlumících léků a následně se žena ocitá bez psychických, ale i fyzických sil a též bez podpory (Gutmanová, 2013, s. 29). Úkolem PA je zpočátku navázání důvěrného vztahu se ženou. Častokrát žena nechce hovořit o svých negativních pocitech. Věcným důvodem je i obava ze stigmatu duševní nemoci. Dalším důležitým úkonem je edukace ženy. Ta může napomoci k pochopení příznaků, myšlenek, ale také ke snížení obav těhotné. Součástí péče porodní asistentky je velmi důležitý rozhovor. PA ve své praxi může využít Edinburskou škálu poporodní deprese, kterou lze využít i v těhotenství (Takács, Sobotková, Šulová et al., 2015, s. 77-78). Existuje několik metod k léčbě perinatální deprese: intenzivní podpora PA, psychoedukace, kognitivně-behaviorální terapie, spolupráce s odborníky v oblasti duševního zdraví. Mezi alternativní metody lze zahrnout například strukturované tělesné cvičení. Návěky relaxace je též efektivní (Pairman et al., 2014 s. 184-185).

6 PSYCHIKA MUŽE V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ

Jak již bylo mnohokrát zmíněno, těhotenství představuje spoustu změn. Nejen u ženy, ale i u muže – partnera těhotné ženy. Nejen žena, ale i muž prožívá individuálním způsobem těhotenství a vývoj svého potomka, a tím může ovlivnit i psychiku těhotné ženy. Proto se v této kapitole stručně věnuji prožitkům a roli otce v tomto období.

Na počátku těhotenství, kdy se žena adaptuje na těhotenství, prožívá muž tentýž proces. Pro některé muže toto období představuje zátěž. Dítě je tady, ale nemohou ho vidět a prozatím ani cítit. Pozorují změny nálad své ženy a častokrát těmito střídajícím se emocím nerozumí (Stadelmann, 2009, s. 42). Současně sám muž prožívá několik emocí. Pociťuje hrdost ze své plodnosti, ale zároveň pocit ohrožení z příchodu nového člena do rodiny. Častokrát muž zvažuje, zda bude schopen finančně zajistit svou rodinu (Woods, 2012, s. 130). V průběhu celého těhotenství role muže spočívá v poskytování opory. Pro budoucího otce je tato úloha mnohdy náročná, neboť vyžaduje aktivní přístup a podstatné poskytování emoční jistoty a péče o ženu. Otázkou pak bývá, kdo je oporou muže. Muž na rozdíl od ženy bývá emočně stabilnější. Jeho psychika není natolik narušena hormonálními změnami, proto by muž měl hledat podporu sám v sobě. Další významná podpora přichází z pracovního prostředí. Zde muž dokáže nalézt svou identitu, ujištění své finanční nezávislosti a potvrzení společenského postavení (Gutmanová, 2013, s. 127-129). Ačkoliv je muž sám sobě schopný poskytnout formu určité opory, může přesto pociťovat nátlak a stres. Okolí se často muže ptá na stav jeho těhotné partnerky, ale jak se cítí on v roli budoucího otce se nikdo neptá. Mnoho mužů, i když to nemusejí přiznávat, přemýšlí nad změnami, které nastávají a nad svou budoucí rolí (Stadelmann, 2009, s. 124).

6.1 Role otce

Po početí dítěte se začínají formovat nové role. U ženy je tato role citlivější, u muže je proces a adaptace na novou roli o poznání pomalejší. Podstatou tohoto období je, aby partneři na sebe vzájemně brali ohled. Těhotenství je zranitelné a vyčerpávající období. Po porodu dítěte dvojnásobně (Gutmanová, 2013, s. 143). Nastávající otcovství často vyvolává vzpomínky na dětství a vlastního otce. Pro některé muže mohou být tyto vzpomínky negativní. Především v případě, že muž prožil dětství bez otce, či docházelo ke střídání mužských vzorů. Tato zkušenost u nastávajících otců může vyvolávat úzkost a pochybnosti. Kladou si otázku, zda oni sami budou schopni zvládnout roli otce lépe, nebo se schýlí, ač nevědomě ke stylu výchovy, který znají od svého otce. Přemýšliví muži

častokrát vytváří svůj vlastní osobitý styl výchovy a postavu v roli otce. V takovém případě je vysoká pravděpodobnost, že otec spolu s matkou vychovají šťastné a emocionálně stabilnější dítě (Woods, 2012, s. 131-132).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Formulace problému a stanovení cíle

Těhotenství je chápáno jako výrazná fyziologická změna v životě ženy, která s sebou nese i výrazné změny a nestabilitu psychického stavu. Toto období také provází časté změny v partnerském vztahu, proto je těhotenství často prožíváno jako zátěžová situace (Roztočil et al., 2017, s. 113).

V moderní společnosti se o psychickém prožívání a potřebách těhotné ženy stále příliš nehovoří. V prenatálních poradnách se lékaři zabývají ve většině případů pouze tělem těhotné ženy a vývojem plodu. Porodní asistentky by však měly pečovat o ženu i v oblasti psycho-sociální a spirituální. Ideálním typem péče porodní asistentky o těhotnou ženu je péče holistická, tedy celostní.

Ve své praktické části se zabývám otázkou: „Jaké jsou potřeby a prožitky těhotné ženy v celém průběhu těhotenství?“. Ve svém výzkumu se zaměřuji na individualitu psychického prožívání těhotné ženy z důvodu hlubšího pochopení jejího prožívání a proměnách v partnerském vztahu. Porodním asistentkám tento výzkum může pomoci více se zaměřovat na tuto nehmatatelnou oblast, která ovlivňuje celý průběh těhotenství včetně porodu.

7.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření je popsání a pochopení potřeb i prožitků těhotné ženy v celém průběhu těhotenství.

7.2.1 Dílčí cíle

- Zanalyzovat pocity ženy v jednotlivých trimestrech těhotenství.
- Zhodnotit proces vývoje mateřské identity u těhotné ženy.
- Zhodnotit vývoj partnerského vztahu v průběhu těhotenství.
- Určit, jaká je role porodní asistentky v péči o těhotnou ženu v prenatální poradně.
- Retrospektivně zhodnotit prožívání ženina těhotenství a porodu.

7.2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou pocity ženy v jednotlivých trimestrech těhotenství?
2. Jak probíhal proces vývoje mateřské identity u těhotné ženy?
3. Jaká změna proběhla v partnerském vztahu v průběhu těhotenství?
4. Jakou roli hraje porodní asistentka v péči o těhotnou ženu v prenatální poradně?
5. Jak žena retrospektivně hodnotí průběh těhotenství a porodu?

7.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro své výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum z důvodu hloubkového získání informací a pochopení psychiky ženy v celém průběhu těhotenství. Kvalitativní výzkum je používán za účelem delšího a intenzivnějšího kontaktu s určitou problematikou, situací či jedincem. Výzkumník ve snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal (Hendl, 2005, s. 51-52).

Tento výzkum je proveden formou **polostrukurovaného rozhovoru**, který je vhodnou metodou pro dané téma práce. K pochopení prožitků a pocitů respondentky je práce doplněna o **životní anamnézu** ženy. Dále pro zajímavost byla u respondentky využita **metoda hodnotících škál** k zmapování proměny pocitů během jednotlivých trimestrů těhotenství v oblastech jistoty a bezpečí, strachu a sebehodnocení (viz příloha č. 1). Škály byly vytvořeny po získání inspirace ze zahraniční kvantitativní práce z roku 1994 s názvem *Anxiety scale for pregnancy: development and validation*. Autorem zahraniční práce je Mary Madeleine R. Doyle-Waters. V původní práci je využit rozsáhlý dotazník k posouzení přítomnosti deprese v těhotenství. Dotazník obsahuje 73 vět, které se hodnotí čísly od 1 do 4. Respondentky hodnotily věty dle míry vlastní identifikace s uvedeným tvrzením. Hodnota číslo 1 vyjadřuje, že se respondentka s tvrzením vůbec neztotožňuje a nejvyšší hodnota číslo 4 znamená absolutní identifikaci s tvrzením. Pro účely výzkumného šetření v této práci jsem pod vedením vedoucí práce využila 30 vět, které byly neoptimálnější vzhledem k zaměření výzkumného šetření. Způsob škálování není původní, rozsah bodování v našich škálách je od čísla 1 do čísla 7. S klesající hodnotou čísla klesá pozitivita prohlášení, přičemž hodnota 7 značí absolutně pozitivní postoj k prohlášení. Důvodem zvýšení rozsahu bodování je větší možnost sledovat i drobné změny v pocitech respondentky v jednotlivých trimestrech těhotenství.

Autorku zahraniční práce jsem kontaktovala prostřednictvím e-mailu s žádostí o souhlas užití výzkumu jako předlohu pro mé škály. Souhlas je uveden v příloze č. 2.

V neposlední řadě bylo při rozhovorech využito *těhotenské kolečko* (viz příloha č. 3). Jedná se o pomůcku, kterou lze využít v prenatálním období. Zahrnuje vývoj a změny v těhotenství ze strany dítěte a matky ve všech týdnech těhotenství. Kolečko také zahrnuje období šestinedělí, kde jsou zahrnuty proměny z pohledu otce. Tato doplňková pomůcka může pomoci matkám spojit se se svým dítětem. Dále lze kolečko využít v praxi porodních asistentek. Autoři kolečka jsou: Patrik Balint, Lucie Kašová, Eva Hendrych Lorenzová, Kateřina Čechová a Jana Slezáková. Inspirací pro těhotenské kolečko byla praxe Patrika Balinta a jeho prenatální terapie a příprava na porod (Centrum Robátka, 2018).

7.4 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr vhodné respondentky byl pro účel tohoto výzkumu záměrný. Kritériem pro zmapování prožitků a potřeb těhotné ženy jsem hledala těhotnou ženu, která se nacházela nejpozději na začátku II. trimestru těhotenství právě proto, abych měla možnost zhodnotit prožívání těhotenství již od raného stádia. Vhodným aspektem byla účast budoucí prvorodičky, avšak nejednalo o rozhodující kritérium z důvodu možnosti nedostačujícího počtu respondentek ochotných zapojit se do výzkumu. Poslední podmínkou byla lokalita mého bydliště z důvodu snadné domluvy pro schůzky s respondentkou.

7.5 Organizace výzkumu

Prvotním krokem k zahájení výzkumu bylo nutné vyhledat respondentku, která by odpovídala kritériím uvedeným v podkapitole 7.4. Pro vyhledání respondentky byly využity sociální sítě, kde byl zveřejněn inzerát formou letáčku, který byl mnou vytvořen (viz příloha č. 4). Na inzerát reagovalo šest žen, ze kterých byla vybrána jedna vhodná respondentka, která splňovala veškerá již zmíněná kritéria.

Zkontaktovala mne prostřednictvím sociální sítě mladá žena ve věku dvaceti šesti let. Nullipara, která byla v 10. týdnu těhotenství a ve stejném městě mého bydliště. V soukromých zprávách jsem ženu stručně seznámila s detaily své práce, informovala jsem ji o zachování anonymity prostřednictvím informovaného souhlasu. Současně jsem předala informaci, že kdykoliv může od výzkumného šetření odstoupit. Následovalo sjednání první nezávazné schůzky za účelem vzájemného poznání.

První schůzka s respondentkou proběhla v kavárně dle jejího výběru v odpoledních hodinách pracovního dne. Setkání se neslo v duchu seznámení respondentky s celým tématem bakalářské práce, náplní budoucích rozhovorů a předložení informovaného souhlasu, který je uveden v příloze č. 5. Jednalo se pouze o nezávazné setkání za účelem společného poznání. Celé setkání trvalo přibližně 45 minut.

Druhé setkání proběhlo ve stejné kavárně jako první schůzka. Respondentka se nacházela na začátku II. trimestru. Náš rozhovor se zaměřoval na vyplnění anamnézy a průběh I. trimestru z pohledu ženy s ohledem na bio-psycho-sociální rovinu. Rozhovor byl se svolením respondentky nahráván na diktafon. Na konci rozhovoru byly respondentce předloženy škály, které vyplnila. Setkání trvalo 60 minut, a z toho délka zvukového záznamu je 45 minut.

Třetí setkání s respondentkou proběhlo během sobotního dne v dopoledních hodinách v jiné, menší kavárně. V době setkání se žena nacházela v 19. týdnu těhotenství. Tématem rozhovoru byl dosavadní průběh II. trimestru těhotenství. Opět byl celý rozhovor se svolením ženy nahráván na diktafon. Setkání trvalo zhruba 45 minut, z toho délka zvukového záznamu je 35 minut.

Společné **čtvrté setkání** proběhlo ve stejné kavárně jako první a druhá schůzka. Respondentka se nacházela ve 25. týdnu těhotenství. Respondentka s pořízením zvukového záznamu souhlasila. Rozhovor byl orientován na zhodnocení celého II. trimestru těhotenství z jejího pohledu. Opět ji byly předloženy škály, které samostatně vyplnila. Setkání trvalo 50 minut a délka zvukového záznamu činí 40 minut.

Páté setkání též proběhlo na stejném místě jako předešlé schůzky. Respondentka se ocitla na počátku 32. týdne těhotenství. Otázky pro rozhovor se orientovaly na prozatímní prožívání III. trimestru těhotenství. Délka schůzky trvala 45 minut a zvukový záznam je o délce 30 minut, se kterým žena souhlasila.

Šesté setkání již bylo setkáním posledním za účelem výzkumného rozhovoru v období těhotenství. Tato schůzka, dle přání respondentky, též proběhla na témže místě jako dříve. Tento rozhovor byl zaměřen na zhodnocení III. trimestru těhotenství, včetně shrnutí celého průběhu těhotenství. Vzhledem k ukončenému III. trimestru těhotenství byly respondentce opět předloženy škály k vyplnění. Setkání probíhalo čtrnáct dní před termínem

porodu. Se svolením respondentky byl opět celý rozhovor nahráván na diktafon. Trvání našeho setkání činilo přibližně 60 minut a délka zvukového záznamu je 45 minut.

Sedmé setkání proběhlo tři týdny po porodu respondentky u ní doma. Při rozhovoru byla přítomna respondentčina maminka, manžel a narozený syn. Setkání bylo zaměřeno na zpětné zhodnocení těhotenství a průběh porodu. Se svolením respondentky byl zaznamenán zvukový záznam. Délka setkání byla 70 minut, trvání zvukového záznamu činí 50 minut.

Celý výzkum probíhal od srpna 2018 do března 2019.

8 ROZHOVORY S RESPONDENTKOU

Tato kapitola je věnována již samotnému výzkumnému šetření. Zmiňuji celkový popis prožívání a změn v průběhu těhotenství respondentky, kterou jsem pro dané šetření zvolila. Na počátku této kapitoly uvádím celkovou anamnézu respondentky. Posléze se již věnuji samotným rozhovorům v těhotenství a jeho průběhu z pohledu mé respondentky. Ke každému ukončenému trimestru uvádím výsledky hodnotících škál prostřednictvím grafů.

Jméno respondentky, jejího manžela a dítěte je nahrazeno pseudonymy z důvodu zachování anonymity.

8.1 Anamnéza

Mého výzkumném šetření se zúčastnila paní Lenka, které je 26 let. Je vdaná a spolu s manželem Josefem žije v Ústeckém kraji. Lenka je poprvé těhotná a tato gravidita byla plánovaná na podzim roku 2018. Respondentku hodnotím jako psychicky vyzrálou osobnost s kladným vztahem k sobě samé. Při sběru anamnézy jsem se též zajímala o historii ženské linie v rodě Lenky. Tyto informace mě zajímaly z důvodu možných souvislostí, které by mohly ovlivnit těhotenství, případně i porod a následný život s dítětem.

8.1.1 Osobní anamnéza

Respondentka v dětství prodělala běžné dětské nemoci. Onemocnění s těžším průběhem byla hnisavá angína, kterou prodělala v 8 letech. Vážné úrazy, či operace neudává.

V dospělosti trpí recidivou zánětu močového měchýře. V těhotenství ji byla potvrzena porucha štítné žlázy. Byla zavedena farmakologická léčba Euthyroxem.

Alergie paní Lenka neguje.

8.1.2 Rodinná anamnéza

Matka respondentky je v současné době zdráva. Informace o zdravotním stavu biologického otce jsou neznámé. Maternální babička a nevlastní sestra mají poruchu štítné žlázy. Maternální dědeček se léčí s hypertenzí.

Paternální babička zemřela na rakovinu prsu. Ženě jsou bližší informace neznámé.

V rodině se nevyskytují žádná genetická či vrozená onemocnění.

Psychická anamnéza je bezvýznamná. V rodině se nevyskytuje nikdo s psychopatologickou diagnózou.

8.1.3 Gynekologická anamnéza

Lenka uvádí první menstruaci ve 13 letech. Před těhotenstvím byl menstruační cyklus nepravidelný. Opakoval se v cyklech 30 až 39 dní. Charakter krvácení uvádí respondentka střední intenzity. Při menstruaci mívala bolesti, ale neměla potřebu užívat léky proti bolesti. Pomáhal odpočinek a teplo. Postoj k menstruaci má Lenka neutrální. Krvácení vnímá tak, že je to součást života ženy.

Respondentka z gynekologických obtíží uvádí pouze opakované kvasinkové infekce. Hormonální antikoncepci ve formě pilulek začala žena užívat v 16 letech. Vystřídala několik druhů. V 21 letech vystřídala pilulky za antikoncepční vaginální kroužek Nuvaring se kterým byla spokojenější. Tuto metodu antikoncepce využívala do současnosti, tedy 26 let. Nuvaring vysadila z důvodu plánovaného těhotenství.

Porodnická anamnéza je nevýrazná. Lenka nebyla do této doby těhotná. Ve svém životě doposud využila dvakrát *záchrannou pilulku* – Postinor. Poprvé Postinor využila v době studia střední školy, tedy okolo 17-18 let. Důvodem byl nechráněný pohlavní styk. V této době byla pevně rozhodnuta, že na dítě není vhodná doba. Též se jednalo o nevhodného partnera. Podruhé tuto pilulku využila se současným partnerem. V té době Lenka užívala antibiotická léčiva z důvodu vaginální mykózy. Respondentka byla seznámena s oslabením účinku antikoncepce, a proto využívala s manželem i bariérovou ochranu, která selhala. Z důvodu, že dítě v té době nechtěli, využila Lenka znovu Postinor k zabránění těhotenství.

8.1.4 Sociální anamnéza a životní styl

Paní Lenka má dosažené bakalářské vzdělání v oboru vzdělávání dospělých. V budoucnu uvažuje o doplnění vzdělání o magisterský titul. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako sociální pracovnice.

Lenka je vdaná. Vztah s partnerem trvá tři a půl roku, z toho jsou rok manželé. Dle slov respondentky spolu začali žít takřka pár měsíců od seznámení. V současné době mají pocit, že početí bylo správným krokem. Žijí společně v bytě. Manželovi je 29 let a je vyučený jako elektrikář. Momentálně pracuje manuálně na šachtě.

Respondentčin životní styl je vyhovující. Paní Lenka se vědomě stará o své stravování. Stravuje se pestře a pravidelně. Denní příjem tekutin je cirká 2 litry vody. Před těhotenstvím pila zhruba 2 šálky kávy denně. V těhotenství ji káva přestala chutnat. Lenka

je nekuřačka. Před otěhotněním pila ojedinele víno. Dále je žena sportovně aktivní a dbá na pravidelný pohyb. Cvičí jógu, jezdí na bruslích a také s manželem hráli ping-pong. Mezi její záliby se řadí výlety, rodina, přátelé, jóga, čtení knih a vaření.

8.1.5 Historie ženské linie

Maternální prababička z praotcovi strany měla problémy s otěhotněním. První těhotenství skončilo abortem. Ze slov respondentky: *„Babička mi říkala, že nesmím v těhotenství mýt okna. Protože dědova maminka takhle přišla o miminko“*. Poté prababička čekala dvojčata, ale jedno z dvojčat zemřelo při porodu. Maternální babička byla těhotná dvakrát, obě těhotenství byla bez komplikací. Život babičky byl těžší: *„Měla na starost domácnost, děti a chodila do práce. Myslím si, že to moc jednoduché v té době neměla. Rodičovství děda moc neprožíval. Začal se mamče a strejdovi více věnovat, když se s nimi dalo více mluvit. Asi okolo deseti let“*. Maminka respondentky byla poprvé těhotná právě s paní Lenkou, vše probíhalo bez komplikací. Lenka dále sděluje: *„Pryč se mě chtěla zbavit a zkoušela nějakou babskou metodu. Ženy se údajně nakládaly do horké vody a pily svařené víno“*. Když maminka Lenky zjistila, že těhotenství nadále pokračuje, tak na příchod dítěte se začínala těšit. Má respondentka se narodila bez komplikací a přirozeně. Byla kojena cirka půl roku: *„Mamča mi říkala, že s kojením měla docela problémy. Bolely jí bradavky a dělaly se jí strupy. Nakonec byla ráda, že přestala kojit“*. Lenky maminka ji počala s mužem, se kterým byla ve vztahu, ale nechtěla s ním setrvalovat, a proto nechtěla ani Lenku. S partnerem se posléze rozešla: *„Máma se mnou zůstala sama. Bydlely jsme u babičky a dědy. Dělal to docela problémy. Mamina ještě v té době dojížděla za maminkou dědy. Vyprávěla mi, že musela chodit do domu zadními dveřmi, protože byla svobodná matka. Byla to v té době hrozná ostuda. Soudím, že vzhledem ke společenským podmínkám to neměla moc jednoduché“*. V dalším období žila Lenka a její maminka v bytě spolu s prababičkou, která již trpěla stařeckou demencí: *„Mamka se musela starat defacto o dvě děti“*. Nakonec si respondentky maminka našla nového partnera, se kterým počala nevlastní sestru Lenky, v té době ji bylo asi 8 let.

Respondentky jsem se pro zajímavost zeptala, jak hodnotí vztah se svou maminkou: *„Řekla bych, že máme vztah normální, ale co vlastně znamená normální. Vycházíme spolu dobře, ale ve spoustě věcí se neshodneme. Na druhou stranu respektujeme názor té druhé. Vidáme se zhruba jednou týdně, nebo si zavoláme, abychom si řekly, co je nového a podobně“*.

Nakonec mě zajímalo, jaký má Lenka vztah ke své roli ženy: „*Být ženou má spoustu výhod. Mužem bych být určitě nechtěla, ale uvidíme, jak budu mluvit po porodu. S rolí ženy žádný problém nemám a cítím se v ní dobře*“.

8.2 Rozhovor v I. trimestru těhotenství

Lenka antikoncepci vysadila v září 2017 z důvodu plánovaného těhotenství, ačkoliv o dítě s manželem se chtěli pokoušet zhruba až v září 2018: „*Nebylo to tak úplně plánované teď v létě. Ačkoliv jsem antikoncepci už nevyžívala, dávali jsme si s manželem pozor. Přišlo to tak nějak samo a předběhlo nás to*“. Lenka nechtěla otěhotnět dříve kvůli zaměstnání. Měla smlouvu na dobu určitou do října 2018. Respondentka své pocity na těhotenství komentuje následovně: „*Prvně, než se těhotenství potvrdilo, tak už jsem měla nějaké tušení. Nedostala jsem to, bolela mě prsa a také jsem cítila, že je něco jinak,*“ následně si Lenka pořídila těhotenský test, který ji graviditu potvrdil: „*První, co mě napadlo bylo, že budu těhotná a nezaměstnaná. To mě děsilo nejvíce. Ale následně jsem si říkala, že už se to prostě nedá vrátit zpátky*“. Žena následně zmínila, že *TO* – myšleno interrupci, by nikdy nepodstoupila: „*Řekla jsem si, že se s tím budu muset nějak srovnat a musí to nějak dopadnout*“. Reakce manžela byla pozitivní a radostná: „*Byl hrozně šťastný. Začal mě objímat a málem mě rozdrtil. Měla jsem z toho dobrý pocit*“. Manželé tuto šťastnou událost sdělili pouze rodičům a Lenka své nejlepší kamarádce: „*Více lidem jsme to neřekli. Nezdá se mi to jako informace, kterou každý musí vědět. Řekli jsme to jen nejbližším a ti měli radost*“.

V průběhu prvního trimestru Lenka zaznamenala změnu ve vztahu s manželem: „*Je to jiný. Byli jsme oba více odvázaní, živější a divočejší. Teď se oba soustředíme na ochranu a plánování dítěte. Prvně jsem s touto změnou musela začít já a manžel se přizpůsobil. Ale nevadí mu to,*“ dodala se smíchem. Změnu také zaznamenala ve vztahu s maminkou, protože Lenka nerada přijímá rozsáhlé rady do života: „*Nemám ráda, když mi někdo říká, co mám a nemám dělat. Mamina radí hodně a ráda. Často ji nechávám mluvit, ale když mi to začíná být nepříjemné, tak ji utnu ať už se nestará. Takže jsem spíše vůči ní odtazitéjší*“. Vzhledem k rozhovoru, který se týkal vztahů, jsem se dále zajímala, jaký má žena vztah s porodní asistentkou v prenatální poradně. Lenka sdělila, že si není jistá, zda se jedná o porodní asistentku, ale že je to nejspíše všeobecná sestra, která také vedla kurz plavání pro těhotné: „*Vztah se sestřičkou mám hezký. Nemám strach se jí na cokoli zeptat. Zajímá se o mě i o mé těhotenství. Na kurzu plavání také s námi probírá různá témata vztahující se k těhotenství a vše, co k tomu patří*“.

Lenka v tomto trimestru své těhotenství ještě zcela nevnímala. Nepřipadala si těhotná, ačkoliv to věděla a občas pocítila. Tento pocit hodnotila tím, že ji ještě nic nepřekáželo. Na otázku, jak vnímá své miminko odpověděla následovně: „*Uvědomuji si, že tam je. Hlavně ráno, protože ráda spím na boku a když se převalím na záda, tak mi na straně břicha zůstane taková boulička. Takže ho tam pak různě šteluju. Dále se na něj soustředím, když jsem v klidu nebo si promazávám břicho krémem*“.

Další část našeho rozhovoru se týkala celkového prožívání života. Svou psychiku Lenka dokázala popsat typickými výkyvy nálad: „*Bud' více brečím, nebo se směju. Také jsem zjistila, že jsem škodolibá. Například, když se manželovi něco nepodaří, tak se mu strašně směju. Ale vlivem té silné emoce se potom z toho rozbřečím*“. Ve změnách potřeb nejvíce vyzdvihla respondentka stravování. Ačkoliv nejprve tvrdila, že se nic nezměnilo a nemá žádné změny chutí. Lenka posléze sdělila, že má velmi ráda maso, ale na počátku těhotenství ho nemohla ani cítit a dělalo se jí nevolno: „*Ted' už ho normálně jím. Ale pro změnu mám pocit, že mám nedostatek cukru. Zvýšila se mi chuť na sladké*“, dále žena sdělila, že pocítila změnu v potřebě odpočinku. Byla unavenější a více spala. Ženiny životní hodnoty také postupně procházely změnou. Tuto změnu si uvědomila, když onemocněla virózou: „*Nebyla jsem zvyklá marodit a být doma. Dřív jsem upřednostnila práci, ted' jsem upřednostnila sebe, své zdraví, a to kvůli tomu malému. Takže hodnoty mám určitě jiné*“. Lenka se také zamyslela nad tím, co se v následujícím období v jejím životě nejvíce změní: „*Střed pozornosti. Střed zájmu i od okolí je asi nejzásadnější. Pociťuji to už ted'. Prvně jsem si to uvědomila, když jsem si povídala s kamarádkou, která už má dítě a schází se s jinými našimi společnými kamarádkami, které také již mají děti. Řekla mi: „Až budeš mít dítě, tak s námi můžeš taky chodit ven“. V té chvíli jsem si připadala, že jsem horší, protože doted' s nimi ven chodit nemůžu, protože nemám dítě. A pak jako už můžu? O tu nabídku vlastně ani nestojím. Abych to shrnula, tak největší změnu očekávám, jak mě vnímá okolí. Uprímně mi to není moc příjemný*“.

Ke konci samotného rozhovoru jsem Lence poskytla *těhotenské kolečko* a zároveň jsem ji požádala o zhodnocení prvního trimestru těhotenství. S *kolečkem* se ve své podstatě ztotožnila v několika bodech. Lenka potvrdila změny chutí v 7. týdnu těhotenství a odsouhlasila nevolnosti v 8. týdnu těhotenství. Následně i další aspekty souhlasily: „*9. týden citlivost na čich. To můžu potvrdit. Mám ráda česnek, ale když si ho dal manžel, tak jsem myslela, že ho vyhodím z bytu. Bylo mi z té vůně zle, opravdu to bylo strašný. No a s tím 12. týdnem také souhlasím. Mám hodně žízeň, nemůžu být bez vody ani chvíli. Tak abych*

to shrnula, cítila jsem se unaveně, nebylo mi moc dobře a žíznivě. Někdy jsem neměla na nic náladu a byla jsem otrávená. Ale jinak první trimestr nebyl nic hrozného“.

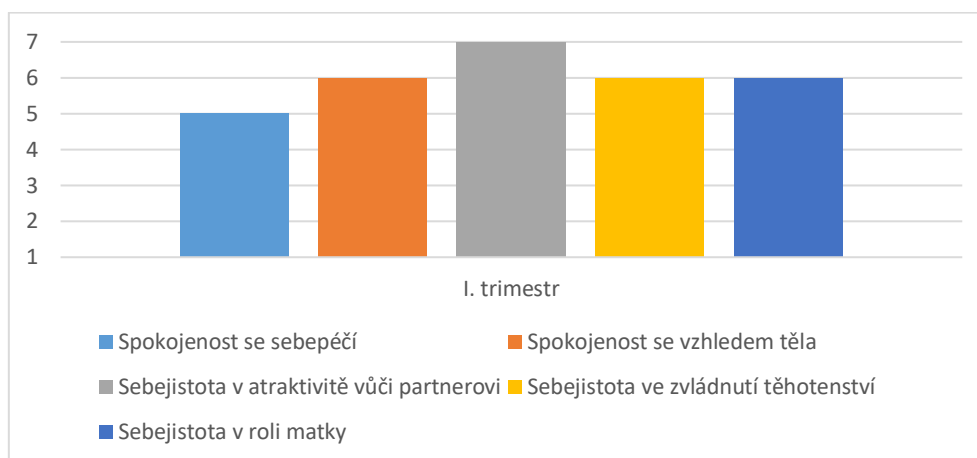
Respondentka působila uvolněně a pozitivně. Žádná otázka pro Lenku nepředstavovala problém. Odpovídala bez velkého rozmýšlení a sebejistě.

8.2.1 Vyhodnocení škál

Po rozhovoru jsem respondentku požádala o vyplnění hodnotících škál. Výsledky všech tří škál jsou znázorněny prostřednictvím grafů. Respondentka měla možnost se ke každé škále vyjádřit svými slovy. Ke každému grafu zmiňuji prostřednictvím přímé řeči názor vyjádřený respondentkou.

Ve škálách byla stanoveno bodové rozmezí čísel od 1 do 7. Hodnota 1 znamená nejméně pozitivní prohlášení a hodnota 7 zcela pozitivní prohlášení.

Graf 1: Škála sebehodnocení v I. trimestru těhotenství



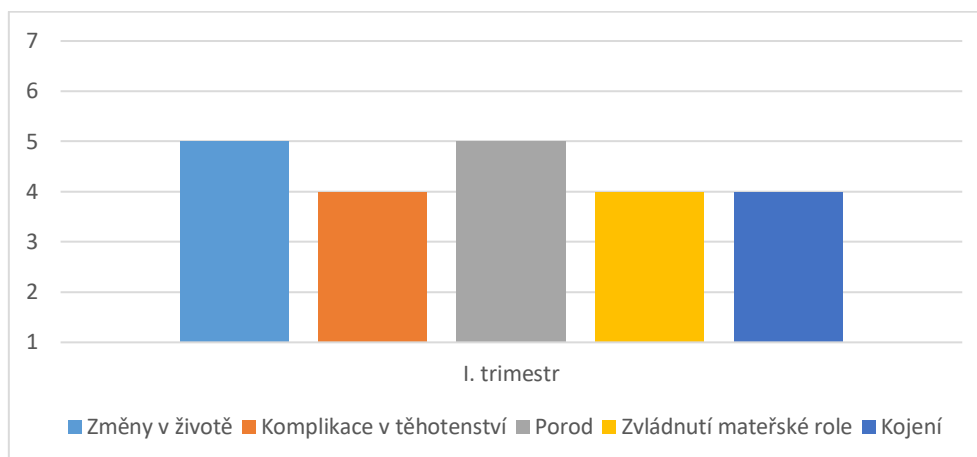
Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Z tohoto grafu je patrné, že respondentka odpovídá kladně, což značí kladné sebehodnocení. Nejvíce je Lenka spokojená s vědomím, že je pro svého partnera stále sexuálně žádoucí, tento aspekt hodnotila číslem 7. Respondentka nejméně kladně hodnotí svou spokojenost s péčí o samu sebe, tento bod ohodnotila číslem 5.

Respondentka využila možnost volného vyjádření: „Myslím si, že mám k sobě samé dobrý vztah. Důvěřuji svému tělu, snažím se pro své tělo dělat to nejlepší, ať už pohybem nebo stravou. Chodím co nejvíce je to možné na procházky, cvičím jógu a chodím na těhotenské plavání. Jím pravidelně několikrát denně, nepřeháním to s nezdravými jídly,

i když občas neodolám. Mám dostatek ovoce i zeleniny, piju více než kdy dříve, a to hlavně kvůli horkům, stále cítím žízeň a bez vody nevycházím vůbec ven“.

Graf 2: Škála strachu v I. trimestru těhotenství

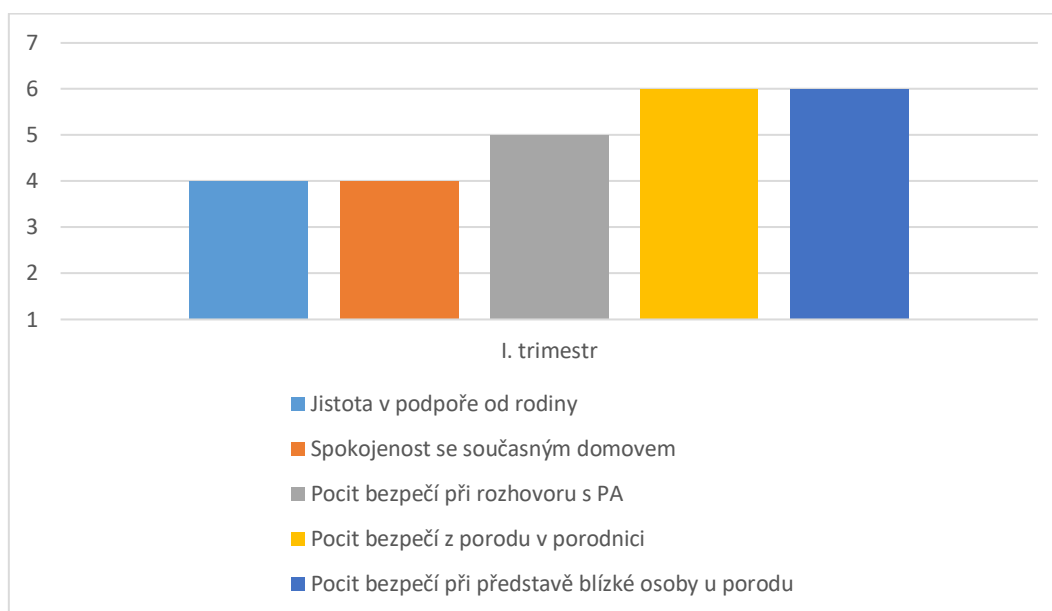


Zdroj: vlastní zpracování, 2019

V tomto grafu, který je věnován prožitkům strachu hodnoty nabývají kolem čísla 4 a 5. Nejméně má respondentka obavy ze změn života a nízký strach z porodu. Ostatní zmíněné aspekty jsou hodnoceny číslem 4, tedy spíše neutrálně. Dle slov respondentky je patrné, že tyto mírné obavy jsou vyvolány vlivem sociálního okolí.

Lenka píše: „Jsem na konci I. trimestru a zatím si s ničím starosti nedělám. Naopak mě zatěžuje mé okolí otázkami ze všech stran. Jak dlouho chceš kojit? Jaký budeš používat pleny? Kde chceš родit? Už máš vybraný kočárek? A spoustu dalších... Myslím si, že na to je ještě spousta času a sama určitě poznám moment, kdy to začít skutečně řešit. Co teď opravdu řeším je práce, kvůli smlouvě na dobu určitou. Mám trochu obavy, že vedení nebude mít chuť prodlužovat smlouvu právě těhotné ženě. Takže uvidíme, jak to dopadne. Ale spočítala jsem si, že i kdyby mi smlouvu neprodloužili, na příspěvek v mateřství nárok mám a co bude pak, budu řešit až to přijde“.

Graf 3: Škála jistoty a bezpečí v I. trimestru těhotenství



Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Tuto škálu zobrazenou prostřednictvím grafu lze vyhodnotit tím způsobem, že je Lenka spokojená se svým pocitem jistoty a bezpečí v I. trimestru těhotenství. Nejnižše hodnotila podporu od rodiny a spokojenost se současným domovem. Lenka spolu s manželem bydlí v klidné lokalitě, ale jedná se o menší byt, proto jsou tyto obavy oprávněné. Podpora od rodiny je hodnocena nižším číslem pravděpodobně z důvodu, že podporu od rodiny považuje Lenka za mírně vysokou. Takto soudím dle rozhovoru s respondentkou.

V možnosti volného vyjádření se ke škále Lenka udává: „*Nemám moc důvodů se cítit nejistě. Rodina se na miminko těší, manžel taky, takže to vlastně všechno probíhá v klidu, se zájmem od ostatních*“.

8.3 Rozhovor v půlce II. trimestru těhotenství

Od prvního setkání uběhlo 6 týdnů a Lenka se ocitla v 19. týdnu těhotenství. V prvé řadě jsem se zajímala, co je nového: „*No vlastně skoro nic. Na gynekologii mi sestřička řekla, že bych neměla pít bylinkové čaje, protože je to ošemetné. No pak jsem byla u obvodního lékaře a ten mi řekl, že bylinkové čaje bych pít měla. Jsem z toho celá zmatená*“. Sdělila jsem respondentce stručné informace o účinku některých bylinek. Například o kopřivě, která napomáhá vstřebávání železa, ale užívání musí být střídme, vzhledem detoxikačním účinkům. Dále o maliníku, který je vhodný čtyři týdny před porodem, jehož

význam spočívá v uvolnění pánevního svalstva: „*Sestřička říkala, že máta vyvolává stahy. Ale já dnes ke snídani měla mátový čaj a dobrý,*“ sdělila Lenka se smíchem. Při tomto tématu mne napadlo se dále zeptat na homeopatii. Respondentka o homeopatii slyšela poprvé a stručně jsem ji vysvětlila její princip: „*No. Ráda si tyto rady vyslechnu, ale řídit se tím asi moc nebudu. Jsem taková, že si nenechám moc radit. Homeopatie zní taky zajímavě, ale raději zůstanu u bylinek. Myslím si, že když vypiju jeden, dva čaje za den, tak se mi nic přece stát nemůže*“.

Vzhledem jak respondentka negativně vnímala chování sociálního okolí vůči sobě, zeptala jsem se, zda proběhla nějaká změna: „*No právě. Už se mě každý ptá, jak bych co chtěla. Mám pocit, že si každý myslí, že když je člověk těhotnej, tak najednou ví odpovědi na všechno. Sama nevím, jak co funguje, nic prostě, jak to mám vědět*“. Lenka dále zmínila kurz plavání, na kterém se probírají různá témata ohledně těhotenství a porodu: „*Už i na kurzu se často diskutuje na téma, co chci u porodu já. To mám vědět už teď? Nevím*“. Žena se také zmínila, že se o informace ohledně svého těhotenství zajímá. Pokaždé v novém týdnu hledá informace, co se zrovna děje s miminkem: „*To, co mě samotnou zajímá, to si zjistím sama. Ale štvě mě, když někdo začne, jestli už mám nakoupeno a co vše mám mít nakoupené. To už i na kurzu se řešil seznam toho, co by mělo být nakoupeno a zařízeno. To jsem si říkala: „Jako už jo? Vždyť je brzo!*“.

Manželský vztah respondentky je nadále bezproblémový a harmonický. Manžel se otevřeně zajímá o těhotenství a aktivně se zapojuje: „*Sestřička také pořádá předporodní kurz, který je i pro partnery. Ptala jsem se manžela, zda půjdeme a on řekl, že jo. On je těmto věcem otevřený a také by chtěl být u porodu. Jsem za to ráda, protože jsem často od kamarádek slyšela, že jejich partneři jsou vůči těmto věcem laxní a nevěnují tomu pozornost*“. Lenka uznala, že těhotenství se týká i manžela, ale má větší pocit zodpovědnosti, protože dítě je v ní: „*Často přemýšlím, co JÁ potřebuju pro miminko a je to samý já. Občas na manžela zapomenu. Například jsme byli nakupovat a zmínila jsem se: „Já budu potřebovat zavinovačku*“. Manžel se na mě podíval a řekl: „*Jak ty budeš potřebovat? Snad my, ne?*“. Je pravda, že na to tohle si musím dávat pozor. Ale manžel se mi dokáže připomenout, že je tady taky“.

Dále jsme hovořily, zda probíhají přípravy na příchod dítěte do rodiny: „*Nějaký chystání jo, ale říkám si, že je ještě čas. Je plno věcí, který ještě nevím. Třeba co se týče porodu*“. Respondentka často slychává otázky ohledně místa porodu. Za samozřejmost

považuje nemocnici, ale ještě není rozhodnutá, v jaké porodnici chce родit. Hovořily jsme o dvou porodnicích v okolí jejího bydliště. Jedné menší, která je více otevřená alternativním přístupům: „*Teda nevím, jestli já bych tyto možnosti využila. Ale myslím si, že porodní asistentky budou mít jiný přístup, více citlivější a milejší*“. Druhá porodnice je větší a disponuje perinatologickým centrem: „*Zde je výborné novorozenecké oddělení, kdyby se něco dělo, tak se dokáží postarat. Ale na druhou stranu jsem neslyšela moc dobré reference na šestinedělí*“. Vzhledem absolvování odborné praxe ve druhé zmíněné porodnici jsem respondentce přiblížila chod porodního sálu a oddělení šestinedělí.

Posledním tématem v tomto rozhovoru bylo, jak Lenka vnímání své miminko. Ve 13. týdnu absolvovala žena první trimestrální screening. Při ultrazvukovém vyšetření již bylo viditelné pohlaví plodu: „*Gynekoložka se ptala, jestli chceme znát pohlaví miminka. Tak čekáme chlapečka. Měli jsme strašnou radost, že je to kluk,*“ se smíchem respondentka dodává: „*Manžel je poslední chlap, který nese příjmení svého tatínka, takže je dobře, že naše miminko je kluk*“. Manželský pár již měl vybraná jména pro svého potomka. Chlapeček bude pojmenován po manželovi: „*Už teď mu říkáme malý Pepík*“. Respondentka uvedla, že nad vzhledem chlapečka se příliš nezamýšlela.

Závěrem naší schůzky bylo opět *těhotenské kolečko*. Současně mě zajímal její názor: „*Je to zajímavý, že ve zkratce vidím, co se vše děje. Momentálně jsem v 19. týdnu a zde je napsáno růst plodu. To stoprocentně. Cítím, jak je minutu od minuty větší a větší. Je znát, že břicho už mám, sice není tak velký, ale je tam. Ale že růst plodu znamená zvýšení sexuality... To ne, na mě to asi neplatí (směje se)*“. Jiné aspekty uvedeny v kolečku Lenka nekomentovala.

Respondentka byla pozitivně naladěná. Na počátku rozhovoru mi paní Lenka nabídla tykání z důvodu minimálního věkového rozdílu. Její nabídku jsem s radostí přijala. Rozhovor se poté nesl v přátelštější atmosféře. Lence opět nečinilo potíží odpovědět na všechny otázky. Jak již bylo zmíněno, poskytla jsem respondentce stručné informace o některých bylinkách a jejich účincích. Vysvětlila jsem jí princip homeopatie, ale bližší informace odmítla.

8.4 Rozhovor v II. trimestru těhotenství

Respondentka se nacházela na počátku III. trimestru těhotenství, tedy v 25. týdnu. Setkání proběhlo opět 6. týdnů po předešlé schůzce. V první otázce našeho rozhovoru jsem se zajímala, jak se Lenka cítí: „*Cítím se fakt dobře. Jsem odpočatá, nemám žádné stresy.*

S manželem hodně plánujeme. Například jsme teď malovali, už máme postýlku a koupili jsme tu zavazovačku (usmívá se). Prostě takové to těšení, už to přišlo. Je to teď takové hezké období“. Dále užívá Femibion 2 a magnézium kvůli občasnému tuhnutí břicha. Požádala jsem Lenku o porovnání prvního a druhého trimestru. První trimestr dominoval pohyb, více chodila a navštěvovala kurz jógy: „Teď jsem víc línější. Pozoruju na sobě únavu, takže se fyzicky snažím šetřit. Na jógu už taky nechodím, i vzhledem k tomu, že nebyla určena těhotným“. Do svého jídelníčku zařadila více ovoce a zeleniny. Co zůstalo stejné je péče o tělo, o které pečuje po koupeli. Psychická stránka se u Lenky ustálila, je emočně stabilnější. Ze zajímavosti jsem se zeptala, zda věnuje větší pozornost dětem ve svém okolí nebo v médiích: „No. Po dětech asi nekoukám víc. Cizí děti mě nějak nerozrušují (směje se). Ale musím říct, že druhý trimestr je opravdu klidnější. Asi právem se mu říká období blaha. První trimestr, teď zpětně, jsem si fakt neužívala. Bylo mi hodně špatně, nic moc jsem jíst nemohla a dávala si furt pozor“.

Lenka hodnotí tělesné změny, které mají souvislost s těhotenstvím spíše negativně. Uznala, že tyto změny mají vliv na její sebevědomí: „*Tloustnu. Hodně se sleduju. Kolik přibírám, kde to jde nejvíc vidět. Hodnotím, jestli je to ještě dobrý, nebo není*“. Respondentka má také obavy pokaždé, když v prenatální poradně přijde na řadu vážení: „*Asi to není tak hrozný. Sestřička mě chválila, že jsem nabrala ani ne 6 kilo. Ale upřímně jsem z toho měla původně trauma, že přibírám hodně*“. Další aspekt, který má vliv na ženino sebevědomí je hodnocení její vzhledu okolím: „*Nejhorší je, že všichni okolo mě zkoumají. Kdykoliv mě někdo vidí, tak mě pozoruje a zkoumá ze všech stran, jestli jsem teda už tlustá nebo ne. To mi je nepříjemný, vadí mi to a docela mi to ničí i sebevědomí*“. Na fyzických změnách dokázala Lenka najít také pozitivní proměny: „*Přijde mi, že mám lepší pleť. Na počátku těhotenství mi přišlo, že jsem ji měla horší, mastnější a dělaly se mi pupínky. Takovou pleť jsem měla i před těhotenstvím vždy na podzim. Ale teď v těhotenství ji mám mnohem lepší. I vlasy mi vydrží déle hezké, nemastí se tolik. Stačí je umýt třeba za čtyři dny*“. Tyto změny respondentku těšily.

Vnímání, že je Lenka v jistém slova smyslu v roli matky, komentuje: „*No to ještě nejsem! Nebo já nevím. Asi jsem to ještě nepřijala,*“ dále uznala, že nad touto myšlenkou se již zamýšlela, vzhledem k jakým situacím dochází v nemocničním prostředí: „*Třeba v té porodnici, personál všem říká: „Maminko“, se mnou asi budou mít problém, protože to nechci. Nejsem pro ně žádná maminka. Takže... jako maminka se opravdu ještě necítím. Nedávno jsem to řešila i s manželem, říkala jsem mu: „Uvědomuješ si, že my dva budeme*

rodiče?“. Řekl mi, že jako jo a co na tom. Zeptala jsem se ho, jestli to fakt chápe, že on bude TÁTA a já MÁMA“.

Lenka první pohyb plodu ucítila zhruba po týdnu, od minulého setkání, tedy ve 20. týdnu těhotenství. Své pocity žena komentuje následovně: „Bylo to hrozně roztomilý a hezký. Cítila jsem takový lechtání, přirovnala bych to jako kdyby praskla bublinka z bublifuku. Strašně to šimralo. Smála jsem se tomu. Pak už to začalo mít pravidelnost. Nejčastěji, když jsem byla v práci a blížila se doba oběda. Tak jsem si říkala, že už se asi chystá, že budeme jíst (usmívá se)“. Respondentka dále sděluje, že v posledním týdnu pohyby začaly být velmi vydatné: „Strašně kope. Občas mám pocit, že nestihnu ani doběhnout na záchod, protože do močáku kopat je nejlepší“, pohyby Lenku také budí v noci a chvíli trvá, než najde vhodnou polohu ke spánku a odpočinku: „Je rozmazlenej. Nemůžu si lehnout, tak jak chci já. Jakmile pro něj ležím nepohodlně, tak si mě nakope tak, aby se to líbilo jemu. Pak je spokojený a v klidu“. Pohyby hodnotí jako vydatné a zpozorovala, že pohyby se také odvíjejí dle toho, co pozře. Od tohoto zjištění si Lenka dává pozor především na sladké. K zachování tématu o miminku mě zajímaly Lenčiny představy o vzhledu dítěte: „Asi ještě ne. Já nevím. Prostě to bude nějaké malé miminko. Teda bůh ví, jestli bude malé. Podle odhadu je docela velké a mám počítat, že bude mít okolo čtyř kil. Docela mě to vyděsilo“. Lenka se poté na chvíli odmlčela a dodala: „Akorát jsem koukala na svoje fotky, když jsem byla malá a hádala jsem, jak by mohl vypadat. Říkala jsem si, že se musím podívat ještě na fotky, když byl manžel malej. Pak to nějak zmixovat dohromady, jak by asi mohl vypadat“. Lenčina babička má od dětství zrzavé vlasy, tudíž přemýšlela nad tím, že by malý Pepík mohl být také zrzavý: „Manžel se tomu smál, řekl, že tohle se nestane. Já si ale říkám, že by to mohlo být hezký. Ale po manželovi by mohl mít modré oči. To by bylo hezký“. Komunikaci s dítětem žena potvrdila. Především formou verbální a taktilní stimulace: „Často mu říkám, aby spal (směje se). Taky, když mám chutě a jdu do lednice, tak si spolu povídáme, co si dáme dobrého. Prostě hodně spolu mluvíme. Manžel na něho mluví trochu méně, spíš ho straší. Třeba na něj dělá „bububu“, tak to úplně cítím, jak to rezonuje (směje se). Ale zase, když jsme spolu třeba u televize, tak manžel chytne břicho a hladí ho“. Na otázku, zda pozoruje, že by jí miminko měnilo se Lenka zasmála a odpověděla: „Polohuje si mě, dává mi vědět, že má hlad. Nutí mě chodit na záchod a víc spát. Takže akorát v tomhle jsem jiná, řekla bych“.

V další části našeho rozhovoru jsem se zaměřila, kdo je respondentce inspirací v těhotenství. Lenka nepovažuje nikoho za inspirující osobnost v souvislosti s těhotenstvím: „Žádnou ženu za její mateřství nijak zvlášť neobdivuji. Každá má své plus i minus. Věřím, že u mě to bude obdobné. Informace čerpám především na kurzu. Když mám nějakou otázku, tak se někoho zeptám. Většinou mi potvrdí, že v těhotenství prožívaly to samé, takže si nepřipadám jako blázen. Ale není nikdo, koho bych chtěla kopírovat, nebo by mi byl inspirací, jak mám žít“. Vzhledem ke zmínění kurzu, který představuje dominantní zdroj informací ohledně těhotenství a porodu jsem zjišťovala témata, které na kurzu probírají: „Párkrát jsem kvůli nemoci chyběla, takže něco mi asi chybět bude, ale nevím, co to bude. Například byly zmíněné patologie porodu, co se může stát a jak se to řeší,“ tyto informace Lenka hodnotí kladně: „Je dobrý vědět, že personál se eventuálně s problémem nesetká poprvé, takže budou vědět co s tím. Dalo mi to hodně dobrých informací, protože problémů může vzniknout spousta“. Respondentka také zmínila další témata, které na kurzu proběhly. Jednalo se o stravování v těhotenství, péče o tělo, výbavička pro dítě, cvičení po porodu, šestinedělí, kojení a péče o novorozence ve smyslu nemocnosti. Lektorka kurzu je také sestra v prenatální poradně a Lenka hodnotí její péči velmi kladně: „Snažím se jejich rad držet. Protože nám to sestřička určitě radí na základě nějakých zkušeností. Například ta výbavička pro mimčo. Existuje spousta seznamů a skoro polovina věcí je zbytečná. Jako teploměr do vody, snad stačí loket, nebo nůžky na nehtíky“. Také se žena rozhovořila o tématu kojení: „Vůbec jsem nevěděla, že bych mohla mít špatný bradavky! Tak jsem je hned zkoumala, i podle obrázků. Myslím, že je mám dobrý (směje se). Taky mi přišlo zajímavý, že je nejlepší kojit alespoň do půl roka a že dítě nepotřebuje žádnou vodu nebo čaj“.

Změny v manželském vztahu Lenka popisuje následovně: „Změny proběhly a stále probíhají. Náš vztah je klidnější. Musíme více přemýšlet nad vším, co děláme. Nemůžu říct, že by byl vztah horší nebo lepší. Jen je jiný a vyvíjí se do nového rozměru začínající rodiny. Více si povídáme o blížící se budoucnosti a snažíme se brát změny s nadhledem. Také se snažíme nestresovat s obrovskou zodpovědností, která nás čeká“. Lenčin manžel spolu s ní absolvoval již předporodní přípravu, který byl v rámci kurzu plavání, na který respondentka dochází. Hlavním tématem tohoto sezení bylo, jak poznají, že je vhodná doba na cestu do porodnice, celkový průběh v porodnici – od příjmu, až po délku hospitalizace: „Sestřička nás informovala o samostatných fázích porodu. I nějaké relaxační techniky a cviky na míči. Manžel kurz hodnotí kladně. Všude nadšeně vypráví, jak už byl na školení a dostal důležitou funkci, jako otvírat okno nebo nosit ručníky“.

Lenka zaznamenala výraznou změnu ve vztahu se svou matkou. Přiznala, že si své maminky více váží: „*Nejsem k ní už tolik kritická jako dříve,*“ názory své matky vyslechne a případně Lenka sdělí svůj názor: „*Pokud se neshodneme, nic se neděje*“. Tato změna přišla ve chvíli, kdy maminka Lence vyprávěla, jaký rozhovor měla se svou kamarádkou: „*Pochopil jsem z toho, že má pocit, že ji nepotřebuji a nestojím o její rady. Což měla vlastně pravdu, opravdu se cítím sebejistě, ale chápu její pocity. Ona tenkrát byla v situaci, kdy hrozně moc chtěla, aby jí její maminka pomáhala a radila ohledně těhotenství a mateřství. Ale z nějakého důvodu se jí těch odpovědí nedostalo a byla na všechno sama. A před tím mě chce mamka ochránit*“. Lenka si velmi váží úmyslů své maminky a uznala, že nakonec za tyto rady bude ráda. Nakonec také přiznala, že protazím si nedovede připustit, že tyto rady potřebuje.

Zajímala jsem se o téma, či problém, který v sobě respondentka momentálně nejvíce řeší nebo na kterém nejčastěji přemýšlí: „*Hlavně myslím na miminko, samozřejmě. To, že je mou součástí se nedá vytěsnit ani na chvíli. Myslím na jeho pohodlí, jestli mu něco nechybí. Také už plánuju výbavu, přemýšlím o lékaři, kterého zvolíme*“. Nejvíce Lenka řeší praktické a materiální záležitosti. Předala jsem Lence kolečko, zda se s ním dokáže identifikovat: „*20. týden a první pohyby plodu? Sestřička mi říkala, že jsem jak podle učebnice (usmívá se). Že by se mi zvedla tvořivost ve 21. týdnu bych neřekla. Zklidněná určitě jsem, jak jsem již říkala*“. Dále Lenka uznala nějaké souvislosti ve 23. týdnu s citlivostí na vzhled, který je zřetelný v předešlé části rozhovoru.

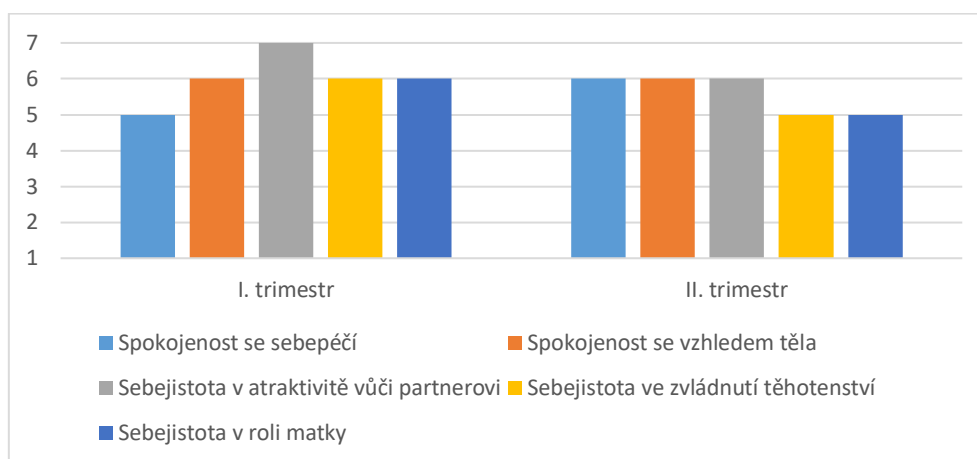
Celý rozhovor s respondentkou hodnotím pozitivně. Lenka se zdála být uvolněná. Na otázky odpovídala otevřeně. Některé dotazy respondentce vyhovovaly více a některé méně. Kupříkladu při otázce věnované roli matky, byla na Lence viditelná mírná nelibost, i přesto se nad touto otázkou dokázala zamyslet a odpovědět bez větších potíží.

8.4.1 Vyhodnocení škál

Vzhledem k ukončenému II. trimestru těhotenství bylo na řadě opětovné využití škál. Po rozhovoru jsem respondentku požádala o vyplnění škál. Výsledky šetření jsou znázorněny prostřednictvím grafů. Respondentka využila u všech škál možnost vyjádřit se svými slovy.

K jednoduššímu porovnání bodových odpovědi uvádím v grafu výsledky z I. a II. trimestru těhotenství. S každým grafem koresponduje mé slovní porovnání výsledků.

Graf 4: Škála sebehodnocení v I. a II. trimestru těhotenství

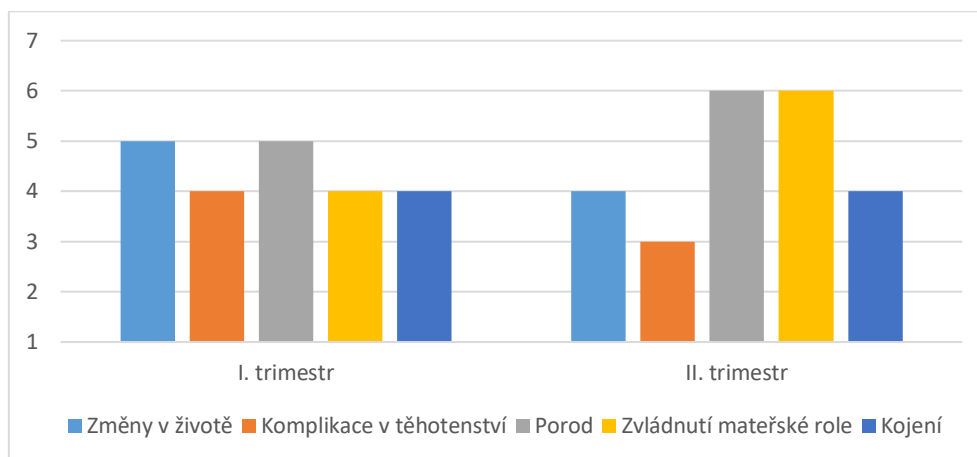


Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Ve druhém trimestru těhotenství respondentka uvedené aspekty hodnotila více ustáleně. Oproti I. trimestru těhotenství se zvýšilo hodnocení spokojenosti se sebeděčím. Spokojenost se vzhledem těla zůstala neměnná. Pokleslo hodnocení sebejistoty v atraktivitě vůči partnerovi, ačkoliv výsledek znamená stále pozitivní tvrzení. Proměna pocitů se projevila též v aspektu sebejistoty zvládnutí těhotenství a roli matky. Z odpovědí usuzuji, že respondentka své pocity v obou trimestrech těhotenství hodnotí pozitivně.

Respondentka uvádí: „Můj vztah k sobě samé je stále pozitivní. Starám se o své tělo tak, aby v něm bylo miminku dobře. Začala jsem mnohem víc odpočívat, protože jsem často unavená“.

Graf 5: Škála strachu v I. a II. trimestru těhotenství

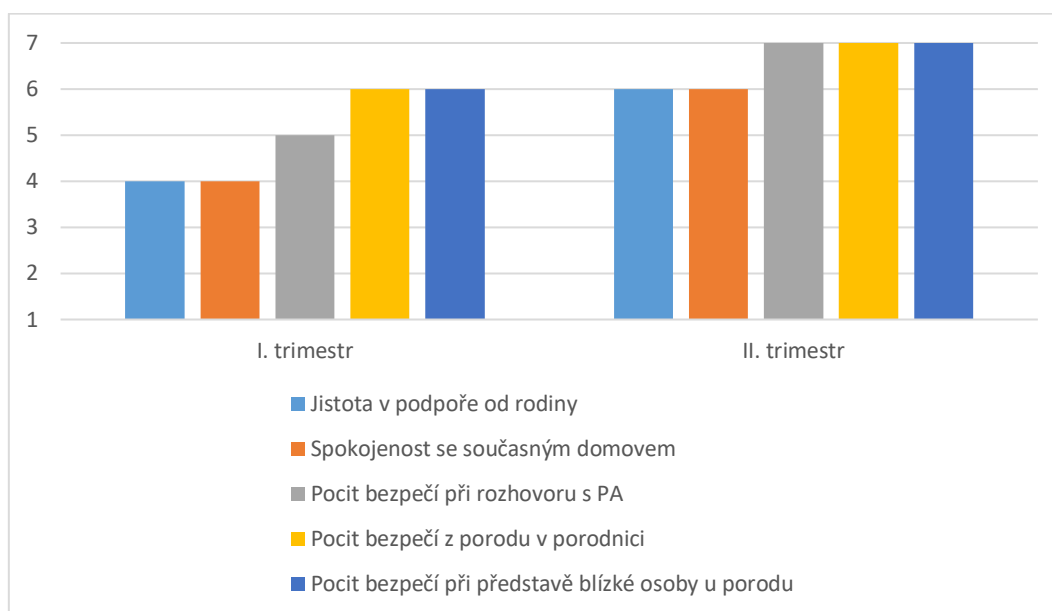


Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Dle grafického znázornění odpovědí lze vidět, že v této oblasti proběhlo mnoho změn oproti I. trimestru těhotenství. Jediný bod, který zůstal neměnný je úroveň obavy z komplikovaného kojení, který lze vysvětlit jako pocit neutrální. Největší změna je zřetelná u hodnocení zvládnutí mateřské role, která vzrostla na číslo 6. Toto hodnocení lze vysvětlit, že obavy v této oblasti poklesly a respondentka si začíná mnohem více věřit v roli matky. Obavy z porodu má žena též menší. Na druhou stranu se zvýšily obavy ze změn v životě. Největší pokles je viditelný v aspektu týkající se obav ze vzniku komplikací v těhotenství. Tento pokles lze vysvětlit tím, že kurz, na který Lenka dochází, ji průběžně na komplikace v těhotenství a při porodu připravuje, a tudíž obavy z těchto komplikací vzrostly.

Vyjádření respondentky: *„Momentálně mě žádné starosti netrápí. Postupně zařizujeme vše potřebné pro miminko a řekla bych, že vše zvládneme s manželem bez potíží. Komplikace v těhotenství žádné nejsou, ale nějaká starost je, člověk nikdy neví, co se může stát“.*

Graf 6: Škála jistoty a bezpečí v I. a II. trimestru těhotenství



Zdroj: vlastní zpracování, 2019

V této škále veškeré uvedené aspekty vzrostly nejvíce v bodě podpory ze strany rodiny. Pravděpodobným důvodem je zlepšení Lenčina vztahu s matkou, a také nynější spokojenost se současným domovem. Tato škála je hodnocena velmi pozitivně.

Slova Lenky: *„Cítím se bezpečně a jistě v těhotenství, nemám důvod se strachovat nebo se něčeho obávat. Nechávám vše volně plynout a říkám si, že má vše svůj čas“.*

8.5 Rozhovor v půlce III. trimestru těhotenství

Další setkání proběhlo na začátku 32. týdne těhotenství neboli v půlce třetího trimestru. Začátek našeho rozhovoru započal otázkou, jak se cítí a zda se událo něco nového od posledního setkání. Lenka s manželem již pořídili kočárek: „*Byli jsme nakupovat a máme už i další věci. Všechny věci do postýlky, pořídili jsme mu kokosovou matraci. Snad se mu bude spinkat dobře*“. Manželé již vybrali dětského lékaře a Lenka se začíná chystat na příchod dítěte: „*Také už začnu prát. Taky musím nachystat tašku do porodnice*“. Respondentka též hovořila o kurzu, na který stále dochází: „*Na kurzu se znovu probíralo téma kojení a bradavky. Hned jsem se ozvala, jak jsou na tom ty moje. Sestřička se podívala a říkala, že dobrý (směje se)*“. Lenka v tomto čase též nastoupila na mateřskou dovolenou.

Zajímala jsem se, zda proběhla další změna chování v sociálním okolí. Lenka s radostí potvrdila, že změny zaznamenala. Respondentka celou sociální situaci hodnotí pozitivně: „*Všichni mě chválí, že jsem neztloustla a mám jen břicho. Někteří mi dokonce závidí. Hodně se starají, jestli je vše v pořádku. Jejich chování je celkově starostlivé*“. Vyzpozovala jsem, že respondentce velmi záleží na váhovém přírůstku v těhotenství: „*Nabrala jsem jen 9 kilo. Bála jsem se toho. Když mamka byla těhotná se mnou a se ségrou, tak u každé přibrala 20 kilo. To mi ještě mamka říkala, že jsem nepřibrala, protože čekám kluka. Ale myslím si, že váha nemá souvislost s pohlavím mimča*“. Znovu jsem Lenku nasměrovala k tématu jejího sociálního okolí. Respondentka se zmínila, že se pohybuje v komunitě matek: „*Tohle jsem nikdy nechtěla. Ale už jsem v tom taky. Všechny, co se účastnily kurzu, jsme ve spojení na Facebooku. Máme společnou konverzaci, tak mi občas mobil hodně pípá. Některé už porodily, takže sdílí hodně fotek a informací*“. Lenka i tuto zkušenost hodnotí kladně a je za tuto komunitu ráda: „*Můžu se kdykoliv na něco zeptat ostatních a častokrát mě i uklidí*“.

Při minulém setkání respondentka bagatelizovala fakt, že je v jistém slova smyslu matkou. Tento fakt popřela i tentokrát: „*No jako furt asi nejsem. Můj názor je, že budu jeho matka, až se narodí. Jsem budoucí maminka*“. V tomto tématu se Lenka necítila příliš dobře. Bylo znát, že ji tato otázka uváděla do rozpaků. Společně jsme změnily téma na dítě. Zajímala jsem se, zda proběhla změna v představě o vzhledu dítěte: „*Občas si ho představuju. Dělá si srandu z manžela, že bude mít zrzavý vlásky. Manžel se brání, že ne. Určitě bude hrozně roztomilej a malinkatej*“. Ani v tomto bodě neproběhla žádná změna. Komunikace s dítětem je ze strany respondentky nadále podporována: „*Mluví s ním*“.

vnitřně a nahlas. Třeba když ležím, tak si hladím břicho a ptám se ho, jak se má. Občas spolu konverzujeme, a to například tak, že na něj ťukám a on pak na mě ťuká zpátky (usmívá se)“.

Na otázku týkající se fyzických obtíží Lenka odpověděla rozsáhle: *„Hodně se zadýchávám. Musím chodit pomaleji a snažit se klidněji dýchat. Vždy jsem byla pomalá na přípravu a tak, ale teď je to asi tak dvakrát až třikrát horší,“* dále Lenka zmínila bolesti zad, které ji omezovaly v pečení cukroví. Respondentka si také uvědomila, že se ji změnila stabilita těla: *„Táhne mě to dopředu“*. Lenka zmínila bolesti v oblasti stydké kosti: *„Občas to strašně bolí. Příklad bych to k tomu, jako kdyby se tam snažil někdo narvat žiletku. Kolikrát to tak řízne, že se zaseknu, jak je to nepříjemný“*. Mezi další fyzické obtíže Lenka zařadila tuhnutí břicha, kvůli kterému nadále užívá magnezium. Žena zmínila oteklé ruce a občasné i dolní končetiny. Nejvíce vyzdvihla návaly horka: *„Hlavně mi je furt vedro. Chudák manžel furt mrzne, protože furt otvírám okna. Jsem ráda, že je zima a ne léto... To nevím, co bych dělala“*. Lenka popsala zpozorovanou změnu i v kognitivní funkci: *„Docela hodně zapomínám. Třeba jsem chtěla něco udělat nebo připravit a za moment vůbec nevím, co jsem chtěla“*. Na Lenčině výpovědi bylo znát, že ji některé obtíže, především zapomínání, omezují a frustrují. Zajímala jsem se, zda Lenka pociťuje nějakou změnu v prsou: *„Na prsou žádnou změnu nepociťuji. Udělaly se mi tedy trošku strie, takže možná trošku povyroستly, ale jinak žádné napětí nepociťuji a žádnou sekreci jsem taky nezpozorovala“*. Následovala otázka z mé strany, jak tedy v tomto období o sebe Lenka fyzicky či psychicky pečuje: *„Fyzicky o sebe pečuji tak, že se snažím každý den chodit na malou procházku, abych furt jen neležela. Ani mě to nebaví. Furt se mažu krémy. Jinak asi nic zvláštního“*. Na otázku týkající se psychické hygieny měla žena menší problém odpovědět. Nakonec se Lenka zamyslela a odpověděla: *„Možná jak chodím na ten kurz a jak si tam povídáme... je to takové uvolnění. Stejní lidé se stejnými problémy. Taková poradna a pocit, že v tom nejsem sama. Je příjemné vědět, že někdo má stejné obtíže jako já. Případně jsem vděčná za své problémy jako třeba zadýchávání, když slyším, že někdo má něco horšího“*.

Společně jsme se dostaly k otázce ohledně porodu. Zda Lenku zajímají informace či je na tyto otázky čas: *„Informace vnímám asi normálně. Ještě jsem nezaznamenala nějaký strach. Beru to přirozeně. Prostě to přijde. Je mi jasný, že to bude bolet a pak to zas přejde“*. Díky této otázce Lenka zmínila, že již absolvovala spolu s manželem prohlídku porodního sálu v jedné nejmenované porodnici, která disponuje perinatologickým centrem: *„Líbilo se mi tam. A rozhodla jsem se, že budu rodit tady“*. Lenku překvapil vzhled porodního sálu,

který považuje za moderní, protože si porodní sál představovala jako jednu velkou místnost, kde bude několik lůžek. Přítomné porodní asistentky Lenka hodnotí též pozitivně: „*I porodní asistentky, které jsme tam potkali a mluvili s nimi byly příjemné. Prováděla nás tam staniční sestřička, byla příjemná, ale taky se tvářila, že kdybych zlobila, tak dostanu (směje se)*“. Respondentka zmínila, že během prohlídky se zajímala o možnosti přítomnosti partnera v první době porodní. Vzhledem neadekvátnímu uzpůsobení místnosti určené pro první dobu porodní byla otázka velmi vhodná: „*Když nemáš nadstandard, tak jsi společně s ostatními rodičkami na pokoji. Proto jsem se ptala kvůli manželovi. Chci ho tam, hlavně v té první době, protože mi to připadá důležitější. Nechci, aby došlo k tomu, že bude někde čekat a pak ho zavolají až na sál. Staniční se na to moc netvářila a odpověděla, že závisí na situaci a domluvě*“. Kromě tohoto problému Lenka hodnotí porodnici kladně a líbí se jí moderní zařízení. Respondentka sama od sebe začala předvídat své chování spolu s manželem na porodním sále: „*Jsem na nás zvědavá. Jsme trochu komedianti, tak bude sranda. Doufám, že mi ten humor vydrží. Nerada bych tam začala jančit...Ale nejvíc mě dokáže znervóznit, když je někdo nepříjemný. Takže hodně závisí, co tam bude za personál*“.

Má poslední otázka směřovala na Lenčinu duši a myšlenky. Zajímala jsem se, zda Lence napovídá její vnitřní hlas něco o dítěti, porodu či ohledně jí samé. S touto otázkou měla respondentka potíže. Zpočátku netušila, co má odpovědět, proto jsem ji dala najevo, že je v pořádku, pokud nechce odpovědět. Následně Lenka zmínila svůj vnitřní pocit: „*Někdy mám pocit, že porod přijde dřív. Napadá mě, že vyleze dřív než v únoru. Soudím podle toho, jak dokáže být malej divokej. Hlavně doufám v to, že porodím normálně*“. Více svou odpověď respondentka nerozváděla a přiznala, že netuší, co by mohla dále říci.

Poslední činností v tomto setkání bylo opětovné použití *kolečka*, které jsem Lence předala. Respondentka nepotvrdila citlivost na prudké pohyby, které jsou přidružené k 26. týdnu těhotenství. Lenka Dále komentuje: „*Přizpůsobení se biorytmu dítěte? To nevím, mám pocit, že se chudák musí přizpůsobovat mně (směje se). Ve 28. týdnu je u miminka rozvoj termoregulace a u mě citlivost na teplo a zimu. To určitě, jak jsem říkala*“. Rozsáhlé změny v chuti ve 29. týdnu a růst váhy ve 30. týdnu těhotenství Lenka nepotvrdila, ale potvrdila kvalitnější vlasy (31. týden těhotenství) a světloplachost ve 32. týdnu: „*Světloplachost, to je fakt, že světlo vnímám hodně. Zrovna dnes ráno, když jsem šla do poradny, tak zhasly venku lampy. Zarazila jsem se, že mi to bylo příjemný. Takže to asi souhlasí*“. Respondentka nahlédla i na další dva týdny dopředu, se kterými též souhlasila. Paní Lenka potvrdila

zadýchávání se a snížení pohybu přidružené ke 33. týdnu těhotenství, posléze také potvrdila lekavost (34. týden těhotenství).

Toto setkání proběhlo čtyři dny před Vánoci. Tentýž den také Lenka nastoupila na mateřskou dovolenou. Respondentka mi též ukázala svou těhotenskou průkazku. Veškeré dosavadní výsledky vyšetření v těhotenství byly negativní. Plod je v děloze uložený podélně záhlavím. Respondentka na mé otázky z velké části reagovala s klidem a neměla potíží s odpovědí. Působila pozitivně a odpočatě. Dle odpovědí respondentky lze zhodnotit průběh III. trimestru těhotenství jako „období stavění hnízda“ dle příprav, které respondentka uvádí.

8.6 Rozhovor ve III. trimestru těhotenství

Tento rozhovor probíhal na počátku února. Respondentka se nacházela ve 38. týdnu těhotenství, tedy čtrnáct dní před termínem porodu. Jedná se o poslední rozhovor v těhotenství. Tradičně jsem započala rozhovor s otázkou, jak se cítí. Lenka odpověděla, že se cítí velmi unaveně a často pospává, ačkoliv se tyto ataky únavy střídají s přívalem energie. V hlase Lenky byla únava zřetelná. Na otázku svých potřeb respondentka odpověděla: *„Asi mi teď víc záleží, abych měla klid. Zrovna dnes máme jet pryč. Nedělá mi to moc dobře, radši bych zůstala doma. Nerada jezdím teď autem, když musím, tak raději dojdu pěšky. Jsem víc pohodlnější“*. Požádala jsem Lenku, aby zhodnotila, jak ji těhotenství změnilo v oblasti těla a prožívání: *„Změny na těle mi nevadí. Moc jsem nenabrala, takže odporná si nepřipadám (směje se). Strie taky moc nemám, takže s tělem problém nemám. Bříško se mi dokonce líbí,“* ohledně prožívání a psychického stavu nastala z Lenčiny strany odmlka: *„Víc hodnotím věci v klidu a s nadhledem. Nejspíš mi zchladla hlava. Vždy jsem měla docela razantní názory na všechno. Ted' nic moc nehrotím a neřeším. Ale docela často brečím. Nedávno jsem viděla film, který jsem viděla několikrát a nenapadlo mě, že bych u něj mohla brečet. A najednou to byl strašnej doják. Někdy bývají i reklamy opravdu napínavé. Dříve jsem tohle neznala. Byla jsem vždy taková drsná (směje se)“*. Lenčin názor na roli matky se nadále nezměnil: *„Asi ještě ne...Ne, nejsem ještě maminka. Až se narodí, tak budu. Ale jenom jeho maminka. Doufám, že v nemocnici si to odpustí mi tak říkat, ale je mi jasný, že asi ne. Jsem zvědavá, jak to budu snášet. Myslím si, že by to personál neměl dělat. Od čeho je etický kodex. Pacienti mají své jméno“*.

V této části rozhovoru jsem se zaměřila na téma předporodního období. Lenka neměla pocit, že by v tomto období o sebe pečovala jiným způsobem, než o sebe pečovala

doposud: „Řekla bych furt stejně. Hodně piju, jím ovoce a zeleninu, mažu se, chodím plavat. Jo a trénuju na porod“. Respondentka si pořídila Aniball, jenž má připravit porodní cesty k porodu a zamezit riziku episiotomie: „Párkrát jsem to zkoušela. Také si dělám masáže hráze“. Požádala jsem paní Lenku o sdělení názoru na tyto metody: „Zpočátku ani jedno teda nebylo nic příjemného. Myslela jsem si, že se na to vykašlu. Odrazovalo mě to. Začátky byly hrozný. U obojího. Jestli tyhle metody mají někomu psychicky pomoc, tak nevím. Uvědomila jsem si kudy to dítě vlastně vyleze. Uvědomění bylo strašný. Ted' už je to lepší. Spíš mě to uklidňuje, že pro porod bez poranění něco dělám“. Respondentka nemá potřebu vyhledávat informace ohledně porodu. Je spokojená s vědomostmi, které získala během těhotenství z účasti na kurzu plavání. Názor na vybrané místo porodu Lenka nezměnila: „Pocity z návštěvy porodního sálu mám docela pozitivní. Je to vesměs takovej pokojík, jen je sterilní. Líbilo se mi tam“. Dále jsem se zajímala, jakou má Lenka představu o porodu: „Doufám, že to bude rychlý (směje se). No...asi mi to nějak začne. Hlavně doufám, že mi hned nepraskne voda a budou to jen kontrakce, abych nemusela hned do porodnice. Budu hodně dýchat. V porodnici mě budou asi nějak vyšetřovat. Pak až budu hodně otevřená, tak to přijde. A to doufám, že bude fojfr, nebudeme se s tím nějak courat (směje se)“. Lenčiny pocity z porodu jsou následovné: „Pocitů mám plno. Záleží i jakou mám náladu. Někdy si říkám, že to bude v pohodě. Co mi ted' na psychice nepřidalo je zákaz návštěv celé nemocnici“. Vzhledem ke chřipkové epidemii v tomto období byl zákaz stanoven i na porodní sál. Žena měla obavy, že manžel nebude přítomen u porodu. Její přístup k možnosti partnera u porodu komentuje: „Oba jsme chtěli a těšili jsme se na to. Dítě chceš s partnerem, víte oba, kdy se zhruba počalo. Takže jsem chtěla, aby byl i u toho, až malej přijde na svět“. Manžel respondentky touží být u porodu dobrovolně: „Manžel se snaží vymyslet způsob, aby ho na sál pustili, kdyby náhodou zákaz stále platil. Je očkovaný proti chřipce, tak chce jít k lékaři pro potvrzení, že je zdravý a očkovaný. Snad by to mohlo pomoci“. Lenka nemá žádné porodní přání či vytvořený porodní plán, protože neví, co by si vlastně měla přát. Na příchod dítěte je již materiálně připravená. Tašku do porodnice má již pár týdnů připravenou u vchodových dveří i s potřebnými dokumenty.

V další části našeho rozhovoru jsem se zaměřila na proměny ve vztazích, které Lenka zaznamenala. I v tomto období respondentka hodnotí vztah s manželem kladně a harmonicky: „Jsme oba víc zaměřený na toho malého. Představujeme si, co s ním budeme dělat. Manžel si s ním už často povídá. Vlastně je to celý nový, protože v podstatě je s námi už někdo navíc“. Lenka přiznala, že v průběhu těhotenství s manželem řešili otázky

v intimní oblasti: „*Intimního života moc není. Spíš sporadicky. Je to zvláštní. Moc poloh vymyslet nejde a malej nám do toho občas kopal. Nejde se tomu nesmát, takže kolikrát bylo po všem (směje se). Bereme to s humorem a problémy kvůli tomu nevznikly. Dál jsme často řešili, že nemůžeme jen tak vyrazit na celodenní výlet, zdolávat kopce, jezdit na kole a podobně. Prostě jsme se snažili být opatrnější, kvůli zdraví miminka“.* Největší změnu ve vztahu pociťuje Lenka ve vztahu s maminkou: „*Hodně se změnil. A určitě k lepšímu. Trávíme spolu teď víc času. Taky si víc povídáme a řešíme všechno možný. Často teď u mamky trávím noci, když je manžel na noční. Momentálním důvodem je, že kdyby to na mě přišlo, tak abych nebyla sama“.*

Lenka hodnotila péči zdravotní sestry v prenatalní poradně velmi pozitivně: „*Péče byla výborná, protože vše, co jsem potřebovala vědět, tak mi objasnila. Vždy byla příjemná a nikdy se ničemu nedivila, že něčemu nerozumím nebo tak. Chodila jsem k ní ráda,“* vzhledem k tomu, že zdravotní sestra též vedla kurz plavání, zajímala jsem se, jak Lenka hodnotí tento kurz: „*Ještě tam půjdu dvakrát. Chodím tam ráda. Sice jsem všechny informace už slyšela, něco i třikrát. Ale nevadí mi to. Člověk může mít vždy nové otázky. Přítomnost ostatní holek je taky super, můžeme si o všem povídat a probírat. Navíc samotný plavání je super, protože mi pomáhá ulevit od bolestí zad“.*

Požádala jsem svou respondentku, zda by se mohla vyjádřit k rozhovorům a společným setkáním: „*Mně se to líbilo. Bylas další člověk, který ví, jaký by měl být průběh těhotenství a zároveň máš nestranný pohled na věc. Protože se vlastně skoro neznáme, takže pro mě to bylo lepší, než když tě někdo zná a dle toho soudí. Navíc jsem věděla, že kdybych něco potřebovala, tak se tě můžu zeptat, protože máš jiné zkušenosti a případně názor. Celé to bylo fajn“.* Lence jsem poděkovala za krásné zhodnocení našich schůzek. Lenka mi sdělila, že díky mým otázkám více přemýšlela nad vztahem se svou maminkou. Zhodnotila, že si více všímala, jak se jejich vztah mění a největší podíl má nejspíše právě Lenčino těhotenství.

Již tradičně jsem respondentku požádala o nahlédnutí do *kolečka* a jeho zhodnocení. Vzhledem k tomu, že již při minulém setkání Lenka potvrdila aspekty zmíněné od 32. až 34. týdne těhotenství, pokračovala od 35. týdne: „*Hnízdění...no to se mě nestalo. Víím, že se to stalo jedné holčičce na kurzu, sestřička to právě nazvala syndromem hnízdění. Ale mně to přišlo, že se připravuje na příchod hygieny a ne dítěte (směje se)“.* Náladovost a poruchy spánku (37. týden těhotenství) též potvrdila: „*Kolikrát jsem v noci vzhůru, protože je mi*

špatně. Pomáhá mi se trochu najíst, jenže to zase probudí malého a začne šílet. Takže se pak cítím, jako kdyby mě přejel vlak“. Ve 38. a 39. týdnu těhotenství jsou v kolečku přidružené známky blížícího se porodu. Lenka zmínila, že jí bolí především stydká spona a třísla: „Akorát jednou jsem měla stah, bylo to teda hodně krátký, asi tak 8 vteřin...ale bolelo to jako prase. To jsem si řekla: „no tohle teda ne!“ (směje se)“. Poslední mou otázkou bylo, zda se Lenka vyjádří ke kolečku: „Na nahlédnutí je to dobré. Řekla bych, že je to nadčasové a moderní tím, jak tam jsou zahrnuté takové duchovní věci. Ale asi ne každého to zaujme“.

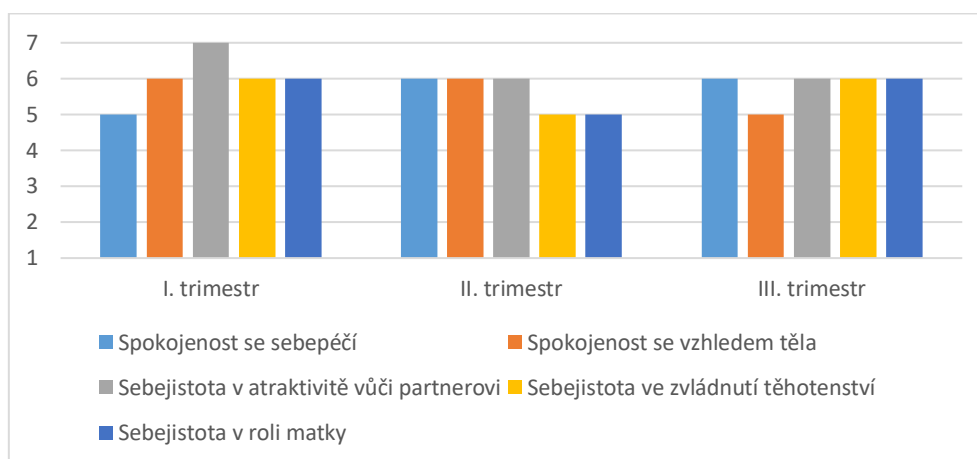
Při tomto setkání Lenka působila unaveně. Na počátku rozhovoru respondentka odpovídala spíše stručně. Velmi záviselo na druhu otázky, která byla Lence položena. I přes zřetelnou únavu byla respondentka veselá a často se smála. Negativní příspěvkem pravděpodobně byla skutečnost, že Lenka tento den musela spolu s manželem absolvovat cestu za rodinou. Na konci našeho setkání jsem se respondentky optala, zda má otázky týkající se porodu nebo jiného tématu. Potřebu další vlny informací Lenka odmítla.

8.6.1 Vyhodnocení škál

Ukončený III. trimestr těhotenství znamenal poslední vyplnění hodnotících škál. Výsledky všech škál jsou opět znázorněny prostřednictvím grafů. Respondentka škály vyplnila samostatně, ale rozepisovat se nechtěla, proto svou možnost vyjádření ke škálám využila verbálně.

Následující grafy zahrnují odpovědi z I., II. a III. trimestru těhotenství. Lze tak jednodušeji pozorovat proměny v jednotlivých bodech.

Graf 7: Škála sebehodnocení v I., II. a III. trimestru těhotenství

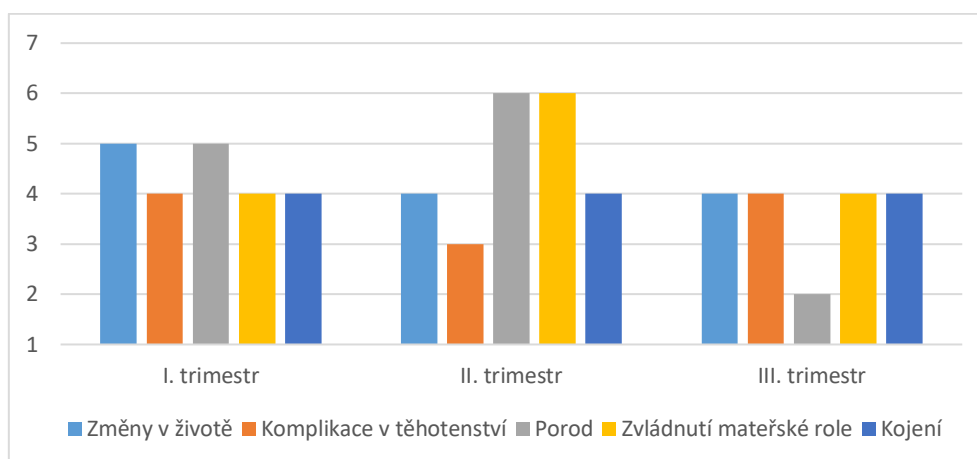


Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Z grafu je patrné, že ve III. trimestru těhotenství pokleslo hodnocení spokojenosti s vlastním tělem, ačkoliv tvrzení je stále pozitivní. Již v rozhovorech bylo patrné, že respondentce na vzhledu těla velmi záleželo. Dále se v tomto trimestru zvýšilo hodnocení víry ve zvládnutí těhotenství a sebejistota v roli matky na původní úroveň z I. trimestru těhotenství.

Vyjádření: „Tady žádný problém nevidím. Pro svého partnera jsem stále sexuálně žádoucí, možná až moc. Někdy si říkám, jestli je normální. Líbí se mu, jak jsem přibrala a mám bříško. Takže partner je spokojený. Ono to podporuje i mou psychiku, je příjemné vědět, že jsem pro něj stále atraktivní“.

Graf 8: Škála strachu v I., II. a III. trimestru těhotenství



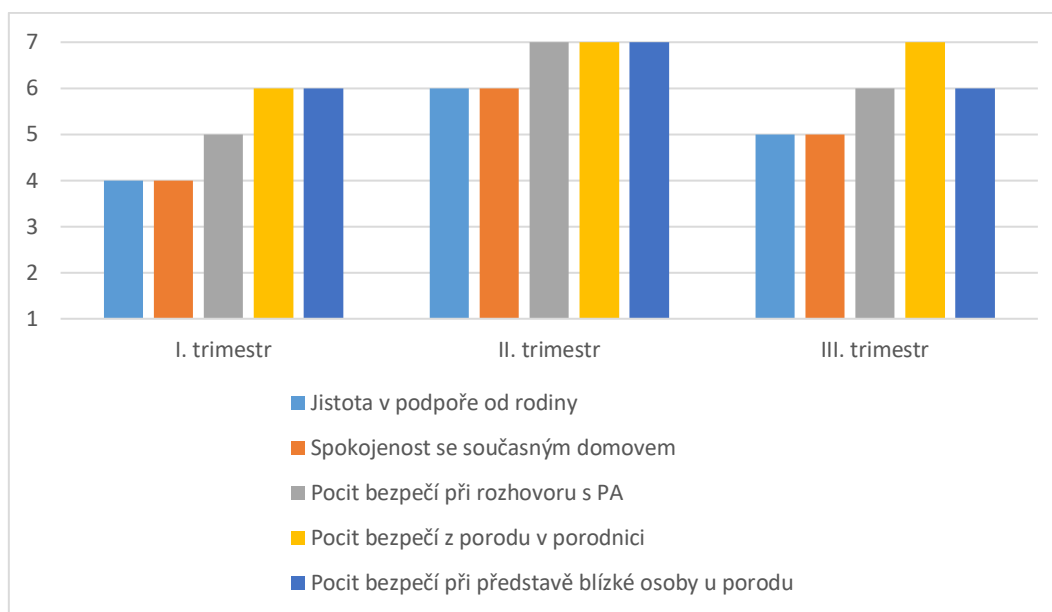
Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Strach se v průběhu těhotenství měnil ze všech škál nejvíce. V tomto trimestru těhotenství se většina aspektů ustálila u čísla 4. Jsou tedy neutrálně hodnoceny. Ačkoliv v předešlé škále (viz graf 7) respondentka hodnotí sebejistotu v roli matky číslem 6 a tedy velmi pozitivně, hodnotí v této škále zvládnutí mateřské role nižším číslem 4. Lze tak vyhodnotit, že Lenka věří v samu sebe jako matku, ale obává se, že selže. Tento aspekt také podlehl zřetelnému propadu spolu se strachem z porodu. Strach z porodu respondentka hodnotí číslem 3. Obava z porodu je tedy vyšší a je také samozřejmá, vzhledem blížícího se termínu porodu.

Dále Lenka komentuje: „S těhotenstvím opravdu žádný problém nemám. Vždy jsem se bála, že jednou otěhotněním a budu strašně tlustá a budu se nenávidět. A ono je všechno dobrý. Hlavním důvodem bylo, že mamča je silná, prý to nabrala v těhotenství a nepovedlo

se jí to shodit. A porod, no, jak jsem říkala, to uvědomění si, kudy miminko vyleze ven. Kojení snad bude v pohodě, Případně mám kontakt na laktační poradkyni. Raději ze sebe udělím blbe, než abych nekojila. To mi přijde škoda“.

Graf 9: Škála jistoty a bezpečí v I., II. a III. trimestru těhotenství



Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Z tohoto grafu lze pozorovat, že v tomto trimestru došlo k poklesu o jeden stupeň jak u jistoty podpory ze strany rodiny a spokojenosti se současným domovem, tak u pocitu bezpečí při rozhovoru s porodní asistentkou a pocitu bezpečí při představě blízké osoby u porodu. U spokojenosti se současným domovem a u podpory ze strany rodiny se Lenka vyjádřila verbálně. Respondentka má velkou důvěru k personálu v porodnici, proto zvolila hodnotu číslo 7, tudíž nejvíce pozitivní ohodnocení.

Respondentka sděluje: „Podporu od rodiny mám. Ale možná až moc, protože mě často kontrolují. U tchýně si připadám často jak u výslechu. Naštěstí mám v tomto podporu od manžela, protože sám tohle jednání nemá rad. Také se bojím toho, že mi někteří budou hodně povídat do výchovy“.

8.7 Rozhovor po porodu

Rozhovor s respondentkou proběhl tři týdny po porodu. U rozhovoru byla přítomna Lenčina maminka a manžel. Lenka působila šťastně a pozitivně. Únava u Lenky nebyla zřetelná. Zpětně respondentka těhotenství hodnotí velmi pozitivně. Těhotenství pro ženu bylo pěkným obdobím představujícím pozitivní životní událost. Těhotenství pro Lenku

představovalo též změnu životních hodnot: „Museli jsme myslet na malého, že to není jen o nás. Více jsme s manželem začali řešit zdravý životní styl a stravování. Také abychom měli vhodné podmínky pro dítě... zdraví, peníze, zabezpečení. Rodina je teď na prvních příčkách. No, život se nám momentálně scvrknul na prdíky a na kojení (směje se)“. Manželé také potvrdili, že období před porodem nastalo prozření: „Došlo nám, že to už nejde vrátit. Mně samotné hlavně došlo, že já budu muset родit“. Lenka potvrdila, že byla hrdá na své těhotenství a že s manželem budou mít dítě. Do porodu ji vadila vysoká pozornost od okolí: „Lidi si všímají, že je něco jinak a jsou zvědaví. Koukaj.“ manžel Lenky doplnil: „Nikdy člověk neví, co se stane. Například nedej bože...Hlavně na začátku těhotenství. To se pak lidé ptají, co se stalo a podobně“.

Posléze se rozhovor orientoval na porod. Již v minulém rozhovoru jsem zmiňovala, že respondentka je rozhodnutá pro jistou větší porodnici, ale vzhledem k přetrvávajícímu zákazu návštěv Lenka rodila v jiné, menší porodnici, ačkoliv na kontroly před porodem docházela do plánované porodnice: „Byla jsem vlastně po termínu, který byl 14. února. Dělalí mi tam Hamiltona a to nic moc. Měla jsem bolesti, jako kdybych to měla dostat a nakonec se nic nedělo“. Lenka zkoušela několik přirozených metod pro vyvolání porodu: „Horké koupele, zázvorový čaj, stimulace bradavek i pohlavní styk. Nic nezabralo“. 8 dní po termínu porodu Lenka upadla doma ve sprše a volala zdravotní sestře z kurzu, zda má raději jet do porodnice: „Řekla, že určitě jo a ať si vezmu věci, že si mě tam pravděpodobně už nechají. Jeli jsme do ***** a nechali si mě tam“. Lence v porodnici vykonali vyšetření a vše bylo v pořádku. Na druhý den naplánovali zátěžový oxytocinový test: „Proběhla jen půlka testu, protože to vše vypadalo dobře. Porodní asistentka mi řekla, že se to možná po tomhle rozjede samo. No samozřejmě nic“. Odpoledne lékařka provedla Hamiltonův hmat: „Byl opravdu výživnej. Paní doktorka ho asi uměla dobře, byl to mazec. Pepa tam byl se mnou. Furt jsme chodili po schodech. Porodnice je v šestém patře. Nahoru jsme jeli výtahem a dolů po schodech. To se mi rozjeli bolesti a špinila jsem“. Večer téhož dne měla Lenka silnější bolesti: „Šla jsem za... nemůžu říct porodní asistentkou, protože tam byl chlap. Tak za zdravotním bratrem nebo asistentem, tak mi řekl, ať si dám horkou sprchu a uvidíme, co se bude dít“. Lenka se chodila pravidelně sprchovat. Horká voda ji pomáhala. Během noci se Lenka často probouzela a musela bolesti rozchodit: „Hlavně mě boleli záda, měla jsem křížové bolesti. Moc jsem se nevyspala“. Při nedělním ránu respondentka dostala snídani a po běžných vyšetření se setkala s lékařkou: „Prý, že mi dá tabletku a zkusíme to vyvolat. Říkali, že už určitě porodím. Říkali...V deset jsem dostala snad půlku tabletky. Prý mi dali

nějakou menší“. Lence se bolesti vyskytly: *„Chodila jsem, ležela, ve sprše jsem byla. Ve 12 hodin jsem dostala další tabletku. Do 14 hodin byly bolesti silnější. No, pak to ustoupilo. Kontrakce nic, bolesti už taky nic moc. Řekli mi, že to zkusíme zase zítra! Byla jsem v šoku“.* Lékařka Lence vysvětlila další postup a poskytla další možnosti: *„Prý by mi mohli ještě prasknout vodu, ale že je riziko komplikací. Odmítla jsem“.* Lence vydržely bolesti do večera, proto dostala injekci proti bolesti. V pondělí ráno již Lenka snídani nedostala: *„Dali mi další velkou tabletku. To už se to rozjelo hodně. Měla jsem až klepavku. Pásky se nedaly vydržet. Takové bolesti jsem měla do odpoledne. Chodila do vany, sprchy, na míči jsem byla, na žebřinách, na karimatce, na manželovi taky (směje se). Dali nám nějaký olejíček, takže mi Pepa masíroval záda,“* kolem 14 hodiny za Lenkou přišla lékařka a provedla dirupci vaku blan: *„Bylo to zajímavý, protože voda byla hrozně teplá a bylo jí hodně. Doktorka říkala, že se nediví, že se malému nechce ven. Voda byla i hrozně čistá, vůbec ne zkalená“.* Poté se porodní asistentka Lenky zeptala, zda chce klystýr a ona přijala. Další průběh porodu Lenka komentuje: *„Pak už jsem si připadala jak sjetá... Nejvíc mi pomáhalo být ve vaně, předkloněná a opřená rukama o vanu. Manžel mi sprchoval záda. Akorát nechtěli, abych byla v téhle poloze. Musela jsem sedět na zadku a rozkročená. Pak už bolesti byly každou chvíličku. Čekala jsem, že bolesti půjdou hlavně do břicha, ale nejvíc mě bolely záda. Po vyšetření mi řekli, že už bych si mohla začít ve stoje přitlačovat, protože mě to taky už nutilo“.* Následně Lenka popisuje samotnou II. dobu porodní: *„Pak najednou, už nevím, jak to přišlo, byla to rychlovka. Najednou jsem měla nohy v praku a rodila jsem. Bylo okolo čtvrté, odhadem. Samotný tlačení jako by nebolelo, spíš páliło. Když malej lezl ven, tak postupně vše ulevovalo. Když byl úplně venku, tak všechno polevilo úplně. Jak když člověk luskně prsty a všechna bolest zmizela“.* Dle slov respondentky II. doba porodní trvala zhruba jednu hodinu. Lenka porodila bez nástřihu: *„Paní doktorka mi mezi pauzami říkala, že kdyby udělala nástřih, bylo by to rychlejší. Přemýšlela jsem na tím, chtěla jsem to mít už za sebou. Nakonec mi ho neudělala. A nakonec jsem za to fakt ráda“.* Po narození novorozence proběhl bonding: *„Dali mi ho na břicho a nechali ho tam. Byl to doják. Strašně hezký. Mazlili jsme si ho. Ani nebyl moc špinavý, byl krásný a strašně teplouček. Ani moc nekřičel, spíš mňoukal. Poté doktorka nabídla manželovi, zda si chce přestihnout pupeční šňůru, tak šel“.* Posléze si personál odnesl novorozence na ošetření a proběhl porod placenty bez komplikací: *„Ještě mě doktorka šila. Měla jsem menší poranění, ale spíš uvnitř než venku. Na placentu jsem se podívala. Vypadala jako játra (směje se)“.* Posléze malého Pepíka přinesli zpět k Lence: *„Zkoušeli jsme přisátí k prsu. Zpočátku mu to nešlo, ale pak se přicucnul dobře. Celé dvě hodiny na sále byl u nás“.* Lenka v této části rozhovoru odběhla

zkontrolovat dítě a vrátila se s Pepíčkem v náručí. Působil klidně a se zájmem pozoroval Lenku. Lenku jeho projevy mírně rozptylovaly, ale v rozhovoru se neztratila a dokázala dál hovořit: „*Co bylo zvláštní, že když byl malej venku, tak jsem cítila nový příval energie. Ulevilo se mi, vše bylo úplně hezký. Prostě taková euforie,*“ Pepíček se na Lenku usmál ještě více a stále si ji se zájmem prohlížel. Celý porod Lenka s manželem hodnotí velmi pozitivně: „*Dostali jsme i pochvalu, že umíme spolupracovat. Já, že jsem uměla tlačit a dýchat. Bylo to hezký. Říkali jsme si, že to byl opravdu zážitek*“. Kvůli přítomnosti manžela jsem se zajímala o jeho stručné zhodnocení porodu: „*Hodnotím ho dobře. Léňa byla strašně šikovná. Špatně mi nebylo. Přestříhl jsem si s radostí pupeční šňůru. I během toho porodu jsem viděl snad všechno. Podíval jsem se v průběhu dolů. Viděl jsem vlásky. To mi Léňa ještě stihla vynadat za to. Ale já jí chtěl psychicky podpořit, že už to bude (oba manželé se smějí). Viděl jsem i placentu. A jak jí zašivali. Jediný problém vlastně byl, když jsem s ní dýchal. To jsem trochu odpadával, začaly mi brnět ruce, a ještě jsem byl nervózní. Ale jinak zážitek na celý život*“. Manžel Lenky také hodnotil průběh I. doby porodní: „*Občas jsem si připadal na obtíž. Léňa asi měla nervy. Chtěl jsem jí nějak pomoci. Furt mi říkala, ať si radši sednu. Ve vaně jsem jí vždy sprchoval záda. Řekl bych, že to mělo účinek. Také jsme spolu cvičili na balónu. Porod prostě není nic nechutného, je to příroda*“.

Po dvou hodinách na porodním sále Lenku převezli na oddělení šestinedělí: „*Byla jsem celá malátná, motala se mi strašně hlava. To šel už manžel domů, protože ten byl vyřízený*“. Na oddělení šestinedělí se Lenka najedla a poté ji po domluvě přivezli dítě: „*Dostala jsem instrukce, jak se o něj mám starat, jak kojit, přebalovat a tak*“. Péči na porodním sále i na oddělení šestinedělí Lenka komentuje: „*Vůbec mě neoslovovali „maminko“, ale příjmením. Vůbec si nemůžu stěžovat. Jsem hrozně ráda, že jsem tam byla. Personál byl úplně super. Cokoliv jsem potřebovala, tak pomohli nebo poradili. Nikdy se netvářili blbě, že bych otravovala*“. Respondentka veškerou péči hodnotila pozitivně, personál byl přívětivý a přátelský. Na Lenčiny otázky dokázal personál odpovědět a poskytnout dostatek informací. Čtvrtý den po porodu byla Lenka i s malým Pepíkem propuštěna domů.

Poté jsem se zaměřila na kojení. Lenka kojí bez potíží: „*Kojíme. Docela i dlouho. Mám pocit, že se hrozně přejídá. Kdybych měla tři prsa, tak je vypije všechny (směje se). To i v porodnici, když jsme začínali vážit před kojením a po kojení... Přišla za mnou sestřička, že kojím nějak dlouho, protože to bylo už skoro hodinu. Říkám jí: „No, a to ještě ani nevypil všechno,“ sestřička se zasmála a ptala se mě, jak to poznám, tak jsem jí řekla: „Vypil jedno*

a pŭl prsa a potřebovala bych, aby to dopil“ (směje se). Krásně přibírá, už přebil svou porodní váhu, taky vyrostl skoro o 3 centimetry“.

Lenka se po porodu cítí dobře: *„Hormony pracují. Už je to ale lepší. Začátek byl trochu těžší. Hlavně psychicky, protože srovnat se s dítětem je docela těžký. Spaní bylo omezený, byla jsem po probdělých noci a porodu unavená. Musela jsem k němu vstávat a tak. Ale teď je to lepší. Už jsme se sžili. V noci spinká dokonce až 5 hodin, to jsem volala i sestřičce z poradny, zda je to v pořádku. Tak prý jo, ale po těch 5 hodinách už budit“.* Lenky manžel má v této době otcovskou dovolenou a pomáhá s chodem domácnosti.

Lenka se mi na závěr našeho posledního setkání pochlubila s novorozeneckými fotografiemi. Z jedné fotografie, kde je vyobrazena nově vzniklá rodina mají manželé v plánu vytvořit velký obraz do obývacího pokoje. Na závěr Lenka a Josef sdělili: *„Časem určitě plánujeme další miminko, třeba holčičku,“* říkají s úsměvem.

DISKUZE

Tato bakalářská práce v daném výzkumu pojednává o duševních prožitcích ženy v těhotenství. Zaměřila jsem se na zjištění prožitků respondentky v celém průběhu těhotenství. Zaznamenávání v čase, přesněji ve všech trimestrech těhotenství, bylo zvoleno kvůli zachování co největší autentičnosti prožitků mé respondentky. V celém výzkumném šetření jsem usilovala o holistické pojetí těhotné ženy a hledání souvislostí v bio-psycho-sociální a spirituální rovině. Na počátku své práce jsem si stanovila hlavní cíl, týkající se popsání a pochopení potřeb i prožitků těhotné ženy v celém průběhu těhotenství. Počet dílčích cílů jsem stanovila pět, od kterých se odvíjí pět výzkumných otázek. V této části práce zmiňuji výsledky tohoto výzkumného šetření, které porovnávám s odbornou literaturou. Dále zmiňuji zahraniční výzkum, který se zabývá depresí v těhotenství a byl také inspirací pro mé škály, které též zmiňuji.

Prvním stanoveným cílem bylo **zanalyzovat pocity ženy v jednotlivých trimestrech těhotenství**. U zvolené respondentky lze pozorovat typické pocity a prožitky, které se u těhotných žen vyskytují v celém průběhu těhotenství. Lenka otěhotněla v létě roku 2018, ačkoliv těhotenství bylo plánované na podzim téhož roku. Přestože se jednalo o plánované těhotenství, respondentku těhotenství překvapilo a lze soudit, že i vyděsilo. Stadelmann (2009, s. 25) uvádí, že první měsíce těhotenství představují nejistotu a obavy. Tyto pocity u Lenky vznikly především z důvodu dřívějšího potvrzení těhotenství než očekávala a měla nevyřešené otázky týkající se zaměstnání. Úzkost spojenou se zaměstnáním uvádí ve své práci i Mary Madeleine R. Doyle-Waters (1994, s. 110), kdy některé ženy uváděly, že jsou více stresované svou prací než samotným těhotenstvím. V **I. trimestru těhotenství**, jako typické příznaky těhotenství Stadelmann (2009, s. 27) ve své publikaci zmiňuje nevolnosti, zvracení a napětí v prsou, které respondentka prožívala také. Ratislavová (2008, s. 26) se zmiňuje o ambivalentních pocitech, kdy se u žen střídají pocity radosti a smutku. Lenka přiznala, že se více smála, nebo naopak plakala. **II. trimestr těhotenství** pro respondentku představoval ustálení emočních prožitků a sama uznala, že se druhý trimestr těhotenství právem nazývá obdobím blaha. Stadelmann (2009, s. 48) a Ratislavová (2008, s. 26) hovoří o ustálení ambivalentních pocitů a čerpání dostatku informací souvisejících s těhotenstvím a porodem. Respondentka v půlce II. trimestru řešila otázku místa porodu, ale nebyla plně rozhodnuta. Rozsáhlé přípravy na příchod dítěte považovala za předčasné. Při setkání, kdy byl již ukončený II. trimestr těhotenství Lenka uznala, že přípravy na dítě již probíhaly. Respondentka čerpala informace z kurzu

těhotenského plavání, kam pravidelně docházela. Roztočil et al. (2017, s. 113) uvádějí, že ženy v tomto období mění svůj životní styl za zdravější a přijímají plod jako samostatně žijící bytost. Respondentka uvedla, že svůj životní styl upravila již na počátku těhotenství, zvýšila příjem ovoce a zeleniny a snažila se vyhýbat nezdravým jídlům. V prvním trimestru těhotenství Lenka přiznala, že si uvědomovala, že je těhotná, ale plod příliš nevnímala. Respondentka ve 20. týdnu těhotenství ucítila první pohyb plodu a dozvěděla se jeho pohlaví. Lenka sdílela, jakým jménem dítěti říká, ale během veškerých rozhovorů své dítě nenazvala jménem. Bašková (2015, s. 9-10) hovoří o prenatální komunikaci, kdy je dítě aktivním partnerem. Lenka v půlce II. trimestru nad vzhledem dítěte nepřemýšlela, ale po ukončení II. trimestru uznala, že nad podobou dítěte již uvažovala. Komunikaci s plodem uskutečňovala prostřednictvím verbální a taktilní stimulace. V tomto období má rostoucí těhotenské břicho vliv na společnost (Stadelmann, 2009, s. 48). Toto tvrzení se též potvrdilo. Respondentka tuto skutečnost hodnotila v průběhu celého těhotenství spíše negativně. Lenka vyhodnotila nadbytečnou pozornost, která od jejího sociálního okolí přicházela, jako nežádoucí, protože měla pocit, že všichni hodnotí, jak vypadá a kolik přibrala kilogramů. Tato skutečnost měla vliv na její sebevědomí. Rodina Lence věnovala také pozornost, kterou jí poskytovaly prostřednictvím rozsáhlých otázek a užitečných rad, které považovala za nadbytečné. Na počátku **III. trimestru těhotenství** dle Roztočila et al., (2017, s. 114) dominuje obava z předčasného porodu. Lenka tuto možnost také jednou zmínila a zvažovala, že taková situace může nastat. Mary Madeleine R. Doyle-Waters (1994, s. 108) ve své výzkumné práci popisuje, že většina žen je ve III. trimestru úzkostnější v souvislosti s porodem než ženy v jiných obdobích těhotenství. Respondentka v průběhu tohoto trimestru necítila negativní pocity při rozhovoru na téma porodu. Lenka sdílela, že nepocítovala strach a vnímala tento fakt jako přirozenou součást těhotenství. Po ukončeném třetím trimestru Lenka uznala, že jí teprve postupně docházelo, kudy se dítě narodí a vyvolalo to u ní negativní pocity. Tyto pocity se projevíly i při hodnocení škály strachu. S těmito pocity se respondentka následně vyrovnala prostřednictvím aktivit, které jí na porod měly připravit. Tato skutečnost potvrzuje tvrzení Baškové. Bašková (2015, s. 10) ve své publikaci uvádí, že čtyři týdny před porodem je nutná intenzivní příprava na porod. Dále M. Waters (1994, s. 110) uvádí, že ženy s pozitivním postojem vůči sobě mají tendenci nevnímat určité stresory, přičemž žena s negativním pohledem na sebe samu například z hlediska hodnocení svého zevnějšku, má tendence se více potýkat se stresory, které mohou vyvolat úzkost. Tento fakt lze porovnat se situací, která nastala i u respondentky. Lenka měla kladný vztah k sobě samé, ale celé těhotenství řešila otázku přibývajících kilogramů na své

váze, zároveň měla problémy s pozorností od svého okolí. Na konci třetího trimestru respondentka byla již spokojená s hodnocením od společnosti. Lenka se zmínila, že dostala několik poklon, že příliš nepřibrala a má jen břicho.

Druhý stanovený cíl se týká **zhodnocení procesu vývoje mateřské identity u těhotné ženy**. Publikace uvádí, že ženy, které jsou poprvé těhotné, se dokáží v průběhu těhotenství stále více vizualizovat jako matky (Waters, 1994, s. 4). Má respondentka v průběhu těhotenství odmítala roli matky a nechtěla být nazývána matkou, dokud neporodila. Toto tvrzení v tomto výzkumu lze považovat za neplatné. Ve druhém trimestru těhotenství Lenka uznala, že tento fakt stále nepřijala. Teprve při rozhovoru v průběhu III. trimestru těhotenství Lenka dokázala uznat, že je budoucí matkou. Díky využití škál jsem zjistila, že Lenka se role matky neobává, a dokonce si v této roli v podstatě věří. Dále Lenčina obava spočívala v tom, že personál porodnice ji bude titulovat „maminko“. Tato situace v porodnici nenastala a Lenka za to byla velmi vděčná. Při setkání v šestinedělí respondentka uznala, že matkou již skutečně je.

Třetím cílem je **zhodnotit vývoj partnerského vztahu v průběhu těhotenství**. Již Ratislavová (2008, s. 46) ve své publikaci uvádí, že v průběhu těhotenství nastávají v partnerském vztahu změny. I. trimestr těhotenství pro partnery znamenal zklidnění, oba se začali věnovat ochraně a plánování dítěte. Lenka přiznala, že tato změna nastala nejprve u ní a posléze i u manžela. Ve druhém období Lenka sdělila svůj pocit, že má za dítě větší zodpovědnost než manžel a občas ho jistým způsobem ve svých myšlenkách opomínala. Manžel se podílel na prenatální komunikaci, stejně jako Lenka taktilní a verbální stimulací. Na konci II. trimestru Lenka zhodnotila, že jejich partnerský vztah prošel proměnou, která nadále probíhala. Chování partnerů vůči sobě bylo takřka neměnné. Vývoj se zejména udál v plánování společné budoucnosti s ohledem na přicházející dítě do rodiny. Oba partneři se snažili mnohé věci brát více s nadhledem a smířovali se s přicházejí zodpovědností. V poslední etapě těhotenství respondentka zhodnotila celý vztah jako harmonický a bez zásadních změn. Výraznou změnou bylo ustálení obou partnerů a omezení spontánnosti, která před těhotenstvím u partnerů dominovala. Dále Gutmanová (2013, s. 127) ve své publikaci uvádí, že v průběhu těhotenství spočívá role muže v poskytování opory těhotné ženě. V tomto výzkumu se tato role muže potvrdila. Ačkoliv respondentka přímo nesdílela pocit, že její manžel představuje největší oporu v těhotenství, lze z rozhovorů vyčíst, že se jedná o pravdivé tvrzení. Manžel se aktivně zajímal o těhotenství své partnerky, zapojoval se do příprav na příchod dítěte a byl hrdý, že se stane

otcem. Manžel též dobrovolně absolvovat předporodní kurz s Lenkou a vědomě chtěl být přítomný u porodu. Lenka manželův zájem hodnotila velmi kladně.

Čtvrtým stanoveným cílem bylo **určit, jaká je role porodní asistentky v péči o těhotnou ženu v prenatalní poradně**. Připomínám, že si respondentka není jistá, zda se v prenatalní poradně vyskytuje všeobecná sestra či porodní asistentka. Vzhledem k informacím, které respondentka poskytla lze soudit, že s možností všeobecné sestry, která má dostatek vědomostí a zkušeností, lze tento cíl vyhodnotit. Bašková (2015, s. 10) hovoří, že přítomnost porodní asistentky v období před porodem je velmi významná. Tento fakt se ve výzkumném šetření potvrdil, ačkoliv respondentka neměla svou soukromou porodní asistentku. Porodní asistentka/všeobecná sestra v prenatalní poradně byla Lence oporou a nebála se jí na cokoli zeptat. Lenka také navštěvovala pravidelně kurz plavání pro těhotné, který vedla PA/všeobecná sestra z prenatalní poradny. Součástí kurzu bylo poskytování informací týkajících se těhotenství, porodu, péče o dítě a šestinedělí spolu s kojením, proto respondentka považovala kurz za dominantní zdroj informací. Lenka neměla v případě dotazů obavy se na cokoli dotázat a poskytnuté rady se snažila dodržovat.

Určení role porodní asistentky v prenatalní poradně lze vyhodnotit tak, že přítomnost erudované všeobecné sestry (případně porodní asistentky) je vždy vítaná. Dle mého názoru závisí na osobnosti zdravotnického pracovníka, jaký vztah s těhotnou ženou naváže. V této situaci nastalo navázání profesionálního vztahu, který byl pro respondentku užitečný. Lenka měla pocit, že má dostatek informací a věděla, na koho se může obrátit v případě problému nebo dotazu.

Posledním, tedy pátým stanoveným cílem je **retrospektivně zhodnotit prožívání ženina těhotenství a porodu**. Respondentka zpětně hodnotila těhotenství jako životní událost, kterou vnímá pozitivně. Díky těhotenství si Lenka spolu s manželem uvědomili, že došlo k transformaci v jejich hodnotovém žebříčku. Lenka nedokázala seřadit hodnoty na prvních příčkách, avšak sdělila, že se jedná se o rodinu, vhodné socioekonomické zázemí pro dítě, zdravý a bezpečí. Lze tedy soudit, že těhotenství pro respondentku nebyla negativní zkušenost. Roli také hraje fakt, že těhotenství probíhalo bez komplikací a Lenka měla jasný názor, co chce a nechce. Porod, ačkoliv se jednalo o indukovaný porod, hodnotí respondentka též kladně. Některé postupy zdravotnického personálu lze z vyprávění vytknout, ale respondentka je s porodem nadmíru spokojena. Respondentka celý průběh porodu detailně převyprávěla a s žádnou pasáží neměla potíže. Dle mého názoru díky našemu

rozhovoru došlo ke zpracování porodního zážitku a dokázala se s proběhlým porodem více spojit. Troufám si říci, že Lenka v budoucnu při dalším těhotenství bude jistě vědět, co od porodu očekávat a za svým názorem si bude stát.

Na závěr diskuze bych ráda hovořila o původním dotazníku, který napomáhá k diagnostice přítomnosti či rozvoji těhotenské deprese. Jak již bylo zmíněno výše, Mary Madeleine R. Doyle-Waters, autorka tohoto dotazníku, vytvořila rozsáhlý dokument obsahující 73 vět. Tyto věty následně respondentky hodnotily na škále dle míry své identifikace. Myslím si, že by bylo příhodné do praxe porodních asistentek tento dokument přeložit do českého jazyka. Mohl by se využívat preventivně u všech žen, nebo výběrově u rizikových těhotných žen s pozitivní psychiatrickou anamnézou. Nejenže by se jednalo o doplnění již využívané Edinburské škály, ale dotazník by mohl pomoci předejít následným komplikacím nejen v těhotenství, ale i rozvoji poporodní deprese za včasných intervencí ze strany porodních asistentek či lékařů. Nevýhodou je, že se jedná o náročnější interpretaci výsledku z dotazníku, a tak o náročnější časovou dotaci při setkání s klientkou v praxi. Ačkoliv je tato negativní stránka dotazníku významná myslím, že pozitivním přínosem by pro praxi byl. Některá tvrzení z původního dotazníku byla využita pro škály, které byly vytvořeny pro účel tohoto výzkumného šetření. Ačkoliv se mé téma netýkalo těhotenské deprese, byla některá tvrzení optimální pro využití. Aplikace mých škál měla kladný přínos po celou dobu výzkumného šetření. Škály se dotýkaly otázek, které při rozhovorech nebyly zmíněny nebo se k nim respondentka nevyjádřila hloubkově. Výsledky škál mi tedy umožnily pozorovat takřka přesné pocity respondentky a jejich proměny v průběhu těhotenství. Dále předpokládám, že respondentka dokázala lépe identifikovat své pocity, když měla možnost vyjádřit je číselnou hodnotou.

Celé výzkumné šetření zpětně hodnotím tak, že se mi podařilo splnit hlavní i dílčí cíle. Velkou zásluhu má též respondentka, která dokázala odpovědět tak, abych byla schopna tyto odpovědi vyhodnotit. Přesvědčila jsem se, že není jednoduché vést rozhovory a prohlubovat odpovědi respondentky. Veškerý kontakt s respondentkou hodnotím velice kladně a jsem ráda, že se vybraná respondentka podílela na této kvalitativní práci. Veškerá setkání působila pozitivně a vždy jsem se na setkání těšila. S radostí jsem přihlížela na proměny, kterými respondentka procházela. Největší radost jsem pocítila při posledním setkání v těhotenství, kdy jsem Lenku požádala o zpětné hodnocení našich rozhovorů. Ve své odpovědi Lenka přiznala, že si díky našim rozhovorům uvědomila, jaký vztah má se svou maminkou a jaké změny v průběhu těhotenství v tomto vztahu nastaly.

Od počátku studia porodní asistentky jsem věděla, že komunikace je nedílnou součástí tohoto povolání. Tato myšlenka se mi díky rozhovorům potvrdila a více prohloubila její důležitost. Získala jsem mnoho zkušeností, ale rozvoj komunikačních dovedností je celoživotní proces. Doufám, že tato práce bude přínosem pro porodní asistentky. Ačkoliv se jedná o kvalitativní výzkum a nelze výsledek práce zobecnit, je důležité, aby společnost jako taková vnímala, že prožívání těhotné ženy je silný a velmi individuální proces, který by se neměl v práci porodní asistentky zanedbávat.

Shrnutí doporučení do praxe porodních asistentek:

- Větší časový prostor porodních asistentek pro těhotné ženy v prenatální poradně.
- Holistický přístup k těhotné ženě ze strany porodních asistentek.
- Kontinuální vzdělávání porodních asistentek v problematice psychologie těhotenství.
- Kontinuální vzdělávání porodních asistentek v komunikačních dovednostech.
- Zahrnutí dotazníkových metod k diagnostice těhotenské deprese/úzkosti.
- Využívání *těhotenského kolečka* v prenatálních poradnách.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bylo pochopit a popsat veškeré pocity a potřeby v celém průběhu těhotenství. Teoretická část začíná kapitolou psychologie těhotenství v práci porodní asistentky, která vyzdvihuje důležitost vzdělávání porodních asistentek v této oblasti. Dále uvádím psychologii ženy obecně. Třetí kapitola již pojednává o psychologii těhotenství, kde jsou popsány aspekty, které psychiku těhotné ženy ovlivňují a následně typické prožívání v jednotlivých trimestrech těhotenství. Následující kapitola je věnována prenatalní psychologii a v rámci této kapitoly jsou popisovány metody prenatalní komunikace. V předposlední části teoretické práce je pojednáváno o některých náročných životních situacích, které mohou v těhotenství vzniknout. Tato kapitola mimo jiné obsahuje informace o těhotenské depresi. Poslední kapitola pojednává o psychice muže v období těhotenství.

Pro získání výzkumných dat jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumného šetření. Byla využita metoda rozhovorů s jednou těhotnou ženou v celém průběhu těhotenství. V rámci prohloubení případu jsem využila možnost sepsání respondentčiny anamnézy, využití hodnotících škál a v poslední řadě použití *těhotenského kolečka*. Vzhledem k průběhu výzkumného šetření by se dala práce považovat za případovou studii například vzhledem k účasti jedné respondentky a hloubce šetření. Výzkum ve všech trimestrech těhotenství byl zvolen pro zachování co největší autentičnosti prožitků respondentky. Právě proto v popisu rozhovorů dominuje přímá řeč respondentky. Pokoušela jsem se celý případ pojmout hloubkově, holisticky a vnímat souvislosti, které jsou relevantní.

Své cíle a výsledky z výzkumného šetření popisuji v závěrečné diskuzi. Výsledky jsou porovnávány s odbornou literaturou. Polemizuji rovněž nad tím, zda by bylo vhodné do praxe porodních asistentek zakomponovat zahraniční dotazník, který je věnovaný diagnostice těhotenské deprese. Svě výsledky z výzkumného šetření považuji za přínosné. Vyplývá z nich, že prožitky ženy se v průběhu těhotenství skutečně liší. Navzdory očekávání rozsáhlé společnosti, že se každá těhotná žena cítí být matkou a chce tak být rovněž oslovena, se tento fakt nepotvrdil. Z tohoto výsledku vyplývá, že porodní asistentky by neměly opomínat zjištění, jaký přístup má těhotná žena k roli matky, a též by se měly vyhýbat titulování „maminko“ v porodnicích. Důležitou roli také hraje přítomnost podporující osoby v průběhu těhotenství. Žena potřebuje osobu, které může důvěřovat a možnost se na někoho obrátit v případě dotazů. V tomto případě se jednalo o porodní asistentku/všeobecnou sestru z prenatalní poradny a kurzu pro těhotné.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ATTIAS, Aviva. Perinatal mental health – the way foeward. In: *rcm.org* [online]. 20.7.2017 [cit. 29.1.2019]. Dostupné z: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/perinatal-mental-health-the-way-forward>

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.

CENTRUM ROBÁTKO. Křest těhotenského kolečka. In: *centrum-robotko.cz* [online]. 19.6.2018 [cit. 19.3.2019]. Dostupné z: <https://www.centrum-robotko.cz/sysevent/33/6/89/krest-tehotenskeho-kolecka/>

FEDOR-FREYBERGH, Peter G., 2013. *Prenatálne dieťa*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F. 65 s. ISBN 978-80-88952-74-9.

GUTMANOVÁ, Laura, 2013. *Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem*. 1. vyd. Praha: Maitrea. 301 s. ISBN 978-80-87249-46-8.

HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel et al., 2014. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HORÁČKOVÁ, Zuzana. Hormony v těhotenství: proč přibíráme na váze a trpíme na změny nálad. In: *jenprotehotne.cz* [online]. 17.1.2018 [cit. 28.1.2019]. Dostupné z: <https://www.jenprotehotne.cz/hormony-v-tehotenstvi-proc-pribirame-na-vaze-a-trpime-na-zmeny-nalad/>

ICM. Essential Competencies for Midwifery Practice. In: *internationalmidwives.org* [online]. 2018 [cit. 22.1.2019]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

JANTZ, Gregory L. Brain Differences Between Genders. In: *psychologytoday.com* [online]. 27.2.2014 [cit. 28.1.2019]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/hope-relationships/201402/brain-differences-between-genders>

JUN, Jihnee. Gender Identity, Leisure Identity, and Leisure Participation. *Journal of Leisure Research*. 2012, **44**(3), 353-378 s. ISSN 0022-2216.

Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?. In: *mzcr.cz* [online]. 26.10.2018 [cit. 22.1.2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html.

KELLY, Audrey. Understanding Female Psychology. In: *betterhelp.com* [online]. 20.12.2018 [cit. 28.1.2019]. Dostupné z: <https://www.betterhelp.com/advice/psychologists/understanding-female-psychology/>

LORENZOVÁ, Eva Hendrych. Těhotenství jako životní krize?. In: *psychikavtehotenstvi.estranky.cz* [online]. [cit. 31.1.2019]. Dostupné z: http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenstvi-jako-zivotni-krize_.html

MMHA: Awareness Education Action. About. In: *maternalmentalhealtalliance.org* [online]. 2019 [cit. 24.1.2019]. Dostupné z: <https://maternalmentalhealthalliance.org/about/>

MILETIC, Michelle Price, 2013. The Introduction of a Feminine Psychology to Psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis* [online]. 2013, **38**(2), 287-299 s [cit. 1.3.2019]. ISSN 2330-9091. DOI: <https://doi.org/10.1080/00107530.2002.10747102>

PAIRMAN, Sally et al., 2014. *Midwifery: Preparation for Practice*. 3. vyd. Australia: Churchill Livingstone Australia. 1390 s. ISBN 9780729541749.

PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti: 2. přepracované a doplnění vydání*. 1. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.

PUGNEROVÁ, Michaela, KVINTOVÁ, Jana, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. 1. vyd. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-5452.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vyd. Praha: Area. 106 s. ISBN 978-80-2542186-4.

RHEINWALDOVÁ, Eva, 2011. *Jak vychovat šťastné dítě*. 4. vyd. Praha: Motto. 256 s. ISBN 978-80-7246-509-5.

ROZTOČIL, Aleš et al., 2017. *Moderní porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

SKUTILOVÁ, Vladana, 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5469-7.

STADELMANN, Ingeborg, 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press. 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Argo. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULOVÁ, Lenka et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

UNIPA. Mezinárodní etický kodex porodních asistentek (ICM). In: *unipa.cz* [online]. 2019 [cit. 22.1.2019]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/mezinarodni-eticky-kodex-porodnich-asistentek-icm/>

UNIPA. Nezbytné kompetence pro základní praxi porodních asistentek. In: *unipa.cz* [online]. 2019 [cit. 22.1.2019]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/nezbytnne-kompetence-pro-zakladni-praxi-porodnich-asistentek/>

UNIPA. Nezbytné kompetence pro základní praxi porodních asistentek. In: *unipa.cz* [online]. 10.2018 [cit. 22.1.2019]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/Nezbytn%C3%A9-kompetence-pro-z%C3%A1kladn%C3%AD-praxi-porodn%C3%ADch-asistentek-20102F2013-cz.docx.pdf>

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VLACHOVÁ, Tereza, KOCOURKOVÁ, Jiřina, FAIT, Tomáš, 2018. Vyšší věk matky – rizikový faktor pro nízkou porodní váhu. *Česká gynekologie* [online]. 2018, **83**(5), 337-340 s. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-5-12/vyssi-vek-matky-rizikovy-faktor-pro-nizkou-porodni-vahu-107318>

WATERS, Mary Madeleine Doyle R., 1994. *Anxiety scale for pregnancy: development and validation* [online]. Vancouver: University of British Columbia Library, 26.2.2009 [cit. 22.3.2019]. Dostupné z: <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0087379>

WEINSTOCK, Marta, 2008. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [online]. 2008, **32**(6), 1073-1086 s. [cit. 22.2.2019]. ISSN 0149-7634. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.03.002>

WEISS, Petr, 2012. Poruchy pohlavní identity. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, **13**(3), 104-106 s [cit. 29.1.2019]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/03.pdf>

WOODS, Mark, 2012. *Těhotenství pro muže*. 1. vyd. Brno: CPress. 264 s. ISBN 978-80264-0132-2.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č.1 – Hodnotící škály v průběhu těhotenství
- Příloha č.2 – Souhlas autorky Mary Madeleine R. Doyle-Waters
- Příloha č.3 – Těhotenské kolečko
- Příloha č.4 – Letáček
- Příloha č.5 – Informovaný souhlas

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Hodnotící škály v průběhu těhotenství

Škála sebehodnocení v průběhu těhotenství

Instrukce

V následující tabulce je napsáno celkem 10 vět. Věty v řádku se k sobě vztahují. Mezi větami je bodová škála s čísly od 1 do 7, **hodnota 1 znamená méně pozitivní prohlášení** a **hodnota 7 znamená více pozitivní prohlášení**. Hodnotíte, jak se s danou větou ztotožňujete právě teď a jak se v tento moment cítíte. Není zde žádná odpověď správná nebo špatná. Vyberte takovou hodnotu, která nejlépe popisuje Vaše současné pocity.

Mockrát děkuji za vyplnění.

Prosím, **zhodnoťte následující tvrzení o Vašem vztahu k sobě samé v období těhotenství** a především v **tento moment**, jak se cítíte. Udělejte kroužek okolo hodnoty, která nejlépe odpovídá Vašemu pocitu.

Necítím se spokojeně s tím, jak se o sebe starám.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Cítím se spokojená s tím, jak se o sebe starám.
Nejsem spokojená s tím, jak mé tělo právě vypadá.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Cítím se spokojeně s tím, jak mé tělo právě vypadá.
Jsem znepokojena tím, že nejsem pro svého partnera již sexuálně žádoucí.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Cítím se dobře s vědomím, že jsem pro svého partnera stále sexuálně žádoucí.
Nevěřím, že je v mých možnostech zvládnout spokojeně mé těhotenství.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Věřím, že je v mé schopnosti spokojeně zvládnout celý průběh těhotenství.
Příliš sama v sebe nevěřím, když si představím sebe jako matku.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Věřím v sama sebe, když si představuji sebe jako matku.

Zde se můžete volně rozepsat o svém vztahu k sobě samé:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Škála strachu v průběhu těhotenství

Instrukce

V následující tabulce je napsáno celkem 10 vět. Věty v řádku se k sobě vztahují. Mezi větami je bodová škála s čísly od 1 do 7, **hodnota 1 znamená méně pozitivní prohlášení a hodnota 7 znamená více pozitivní prohlášení**. Hodnotíte, jak se s danou větou ztotožňujete právě teď a jak se v tento moment cítíte. Není zde žádná odpověď správná nebo špatná. Vyberte takovou hodnotu, která nejlépe popisuje Vaše současné pocity.

Mockrát děkuji za vyplnění.

Prosím, zhodnoťte následující tvrzení, zda ve Vás vyvolávají starosti či strach v období těhotenství a především v tento moment, jak se cítíte. Udělejte kroužek okolo hodnoty, která nejlépe odpovídá Vašemu pocitu.

Mám obavy ze změn v mém životě. (např. změna životního stylu, postavy, větší zodpovědnost aj.)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ze změn v mém životě starosti nemám. Věřím, že je zvládnou
Mám strach ze vzniku komplikací v průběhu těhotenství.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Mám důvěru v to, že mé těhotenství bude bez komplikací.
Mám strach z porodu. (např. porodní bolesti, ztráta kontroly, vznik komplikací aj.)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	S porodem si starosti nedělám.
Mám obavy, jestli zvládnou být dobrou matkou.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Věřím, že budu dobrou matkou.
Mám obavy, že budu mít problém s kojením.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Věřím, že budu kojit bez problémů.

Zde se můžete volně rozepsat o svých starostech (případně doplnit jiné):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Škála jistoty a bezpečí v průběhu těhotenství

Instrukce

V následující tabulce je napsáno celkem 10 vět. Věty v řádku se k sobě vztahují. Mezi větami je bodová škála s čísly od 1 do 7, **hodnota 1 znamená méně pozitivní prohlášení a hodnota 7 znamená více pozitivní prohlášení**. Hodnotíte, jak se s danou větou ztotožňujete právě teď a jak se v tento moment cítíte. Není zde žádná odpověď správná nebo špatná. Vyberte takovou hodnotu, která nejlépe popisuje Vaše současné pocity.

Mockrát děkuji za vyplnění.

Prosím, zhodnoťte následující tvrzení o Vašem pocitu jistoty a bezpečí v období těhotenství a především v tento moment, jak se cítíte. Udělejte kroužek okolo hodnoty, která nejlépe odpovídá Vašemu pocitu.

Cítím se nejistě, protože cítím, že nemám dostatek podpory od partnera/rodiny.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Cítím se bezpečně, protože cítím, že mám dostatek podpory od partnera/rodiny
Jsem napjatá při představě, že mé dítě bude žít v mém současném domově.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Cítím se příjemně při představě, že mé dítě bude žít v mém současném domově.
Při vyšetření/rozhovoru s porodní asistentkou se necítím uvolněně a příjemně.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Při vyšetření/rozhovoru s porodní asistentkou se cítím uvolněně a příjemně.
Cítím se nejistě, že bych měla родit v nemocnici.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Cítím se bezpečně, že budu родit v nemocnici.
Představa blízké osoby (partner, matka, dula apod.) u porodu ve mně vyvolává nejistotu.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Představa blízké osoby (partner, matka, dula apod.) u porodu ve mně vyvolává pocit bezpečí.

Zde se můžete volně rozepsat o svém pocitu bezpečí a jistoty v těhotenství:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 2

Souhlas autorky Mary Madeleine R. Doyle-Waters



Scale for Bachelor thesis

Počet zpráv: 2

Šárka Nechvapilová <[REDACTED]>
Komu: mimi.doyle-waters@ubc.ca

9. května 2018 16:26

Hello,

my name is Šárka Nechvapilová and currently, I am working on my Bachelor thesis. The thesis is about Needs and experiences of women during pregnancy. My task is to create scales just like in your published work "Anxiety scale for pregnancy: development and validation" from 1994. I would like to ask for your permission to inspire my scales from yours and maybe use few of the questions in case that results of my thesis get published in any way.

Thank you so much for your time.

Have a great day,

Nechvapilová Šárka.

Doyle-waters, Mimi <Mimi.Doyle-Waters@ubc.ca>

10. května 2018 0:23

Komu: Šárka Nechvapilová <[REDACTED]>

Hi Nechvapilová,

Please feel free to use the questionnaire (page 169). All I ask is that you acknowledge me in your manuscript. I would also like to hear about your results if possible.

I chose to develop this measure for my thesis because when I was pregnant with my second child she died at 38 weeks. I was totally unprepared and devastated by this event. With my following pregnancies I was anxious that it would happen again. I thought that an anxiety scale may be helpful to health care professionals.

I apologize for the lack of organization. I have not looked at this work for a very long time. I spend most of my time working on systematic reviews.

Thanks,
Mimi

--

Madeleine (Mimi) Doyle-Waters, MA, MLIS
Centre for Clinical Epidemiology & Evaluation
Research Pavilion
708A-828 West 10th Avenue,
Vancouver, BC V5Z 1M9.
Tel: 604-875-4111 x 61176
Fax: 604-875-5179
Email: Mimi.Doyle-Waters@ubc.ca
Website: <http://www.c2e2.ca/>

[Citovaný text byl skryt]

Příloha č. 3

Těhotenské kolečko



Autoři: BALINT, Patrik, KÁŠOVÁ, Lucie, LORENZOVÁ, Eva, Hendrych, ČECHOVÁ, Kateřina, SLEZÁKOVÁ, Jana, 2018.

Příloha č. 4

Letáček

HLEDÁ SE NASTÁVAJÍCÍ MAMINKA

PRO VÝZKUM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Krásný den,

jako studentka 2. ročníku oboru Porodní asistentka na Západočeské univerzitě v Plzni sháním nastávající maminku nejpozději na začátku II. trimestru z okolí [REDAKCE], která by byla ochotná se mnou spolupracovat formou krátkých konzultací po celou dobu těhotenství v rámci bakalářské práce se zaměřením na psychiku ženy během těhotenství. Konzultace by probíhaly ideálně 1x za 1-2 měsíce do porodu.

Naše setkání by byla založena na rozhovorech typu otázka-odpověď. Je možné se nejprve nezávazně sejit a nejprve se trochu poznat. Podmínkou je pouze to, abyste byla komunikativní a nevadilo by Vám do určité hloubky odkrýt Váš životní příběh během těhotenství. Velmi vhodná (ačkoliv ne rozhodující) by byla účast budoucích prvorodiček.

Získané poznatky by byly samozřejmě 100 % anonymní a Vaše údaje (kontakt, jméno, adresa) budou naprosto v bezpečí a nebudou nikde zveřejněny. Vše by bylo potvrzeno informovaným souhlasem s možností odstoupit od „dohody“.

S přáním krásného dne a velkým díkem za přečtení,
Šárka Nechvapilová.

DISKUZE NA TÉMA
TĚHOTENSTVÍ
Z POHLEDU
NASTÁVAJÍCÍ MAMINKY

PRAVIDELNÁ SETKÁNÍ

PŘÁTELSKÁ ATMOSFÉRA

MŮŽE VÁM POMOCI
POCHOPIT SVÉ
PROŽITKY

Jméno: Šárka Nechvapilová

E-mail:

Mé místo bydliště: [REDAKCE]



Zdroj: vlastní zpracování, 2018

Příloha č. 5

Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

POTŘEBY A PROŽITKY ŽENY V TĚHOTENSTVÍ

STUDENT

jméno: Šárka Nechvapilová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: saphena@students.zcu.cz

VEDOUcí BP:

jméno: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: elorenzo@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Prozkoumání prožitků a potřeb těhotné ženy v celém průběhu těhotenství.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: